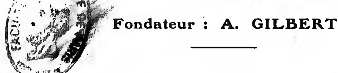
33e ANNÉE
N° [redacted]c. 1943.

Prix du Numéro : 3 francs.

111502

PARIS MÉDICAL



ABONNEMENTS : FRANCE : 85 francs ; ÉTRANGER, Tarif n° 1 : 160 francs ; Tarif n° 2 : 200 francs.

J.-B. BAILLIÈRE & FILS, Éditeurs, 19, rue Hautefeuille, PARIS — Tél. Dan. 96.02 et 03

TABLE ALPHABÉTIQUE

(Partie Paramédicale tome CXXVI)

Janvier 1943 à Décembre 1943.

LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE

LA SYPHILIS ET L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE PRÉVENTIVE CHEZ LES ÉTUDIANTS

G. MILIAN

Une loi du 2 août 1942 vient de prescrire que les examens de médecine préventive sont obligatoires pour tous les étudiants ou élèves des établissements d'enseignement supérieur dépendant du ministère de l'Éducation nationale.

Ceux qui ne s'y soumettront pas perdront le droit :

1° De s'inscrire en vue des examens des concours universitaires ;

2° De recevoir le certificat de scolarité de fin d'année scolaire ;

3° De solliciter des bourses, prêts d'honneur ou exonérations de droits universitaires, ainsi que le bénéfice des avantages de toute nature consentis par les diverses œuvres sociales créées en faveur des étudiants : restaurants universitaires, cités universitaires, secours, etc. ;

4° D'obtenir une licence sportive de l'Office du sport scolaire et universitaire et des organismes placés sous le contrôle de cet office.

Ces dispositions entraient en vigueur le 1er octobre 1942. Elles sont évidemment excellentes, et les médecins ne peuvent qu'y applaudir des deux mains.

Cependant, à la lecture des paragraphes suivants, on se rend compte que le législateur s'est préoccupé uniquement de la *tuberculose*. Cela est d'ailleurs dans l'ordre habituel des choses : la tuberculose est le grand fléau à combattre, c'est le gouffre où s'enfouissent toutes les subventions gouvernementales et privées, le tout pour des résultats bien médiocres, car la guérison est aléatoire et le traitement actuel laisse en liberté des tuberculeux contagieux ou en passe de le devenir et qui, gâtés par la vie de sanatorium, prennent des habitudes de paresse et trouvent parfaitement équitable de se faire entretenir par la nation.

Là comme ailleurs, les maladies vénériennes ne sont pas envisagées. Il n'en est pas question. Et pourtant, si, au cours de leurs études, un étudiant sur mille devient tuberculeux, combien prennent la blennorragie et la syphilis ? Un sur 2 pour la blennorragie, 10 p. 100 pour la syphilis.

Et on laissera ces jeunes gens dans l'ignorance de leur état et partant de leur avenir !

Ils ne sauront pas qu'une épididymite les rend inféconds, que la syphilis leur ménage un avenir pathologique désastreux, que leur descendance est compromise ou tarée...

Il faut que les étudiants connaissent les dangers des maladies vénériennes, certainement aussi effroyables que ceux de la tuberculose.

Et, pour cela, ils devraient être obligés, sous peine des sanctions ci-dessus énumérées : 1° de suivre un cours élémentaire et rapide sur les maladies vénériennes et leurs conséquences présentes et surtout futures ; 2° de subir chaque année un examen clinique et sérologique qui les renseigne sur leur état.

L'insouciance d'une part, l'attrait de la femme d'autre part sont la cause de contagions multiples. Quand on soigne un jeune homme pour un chancre syphilitique, on a toutes difficultés à l'obliger à la chasteté. Il ne connaît pas, malgré les avertissements, les dangers de contagion. Il faut qu'il en soit prévenu avant d'être victime de la maladie, car à ce moment il pense que le médecin exagère et lui interdit à tort les rapports sexuels. Je viens d'observer en trois mois trois contagions d'une maîtresse par l'ami qui avait contracté la syphilis et qui, le chancre à peine cicatrisé, avait repris les rapports sexuels avec ladite amie. Je ne parle pas de la blennorragie, aussi peu crainte et considérée des malades.

De telles épidémies, de tels errements ne pourront être évités que si la lutte antivénérienne s'adresse non seulement à la généralité de la population, mais aussi à la jeunesse intellectuelle, capable de mieux comprendre et de mieux catéchiser.

LE MÉDECIN PRATICIEN ET LA LUTTE SOCIALE CONTRE LA SYPHILIS

Par le Dr CAVAILLON

L'organisation officielle de la lutte sociale contre le péril vénérien a parfois donné, à tort, l'impression à certains médecins praticiens que la lutte antivénérienne était menée en dehors d'eux. Or il n'en est rien : lutter contre le péril vénérien en dehors du médecin praticien est impossible et, d'ailleurs, nul n'y a jamais songé.

Pourtant, dira-t-on, il a été créé de multiples dispensaires, de multiples services antivénériens ; cela est exact, mais ces dispensaires n'ont jamais reçu pour mission ni de travailler contre le médecin praticien, ni même plus simplement de l'ignorer. Ils ont toujours eu, au contraire, mission formelle d'agir en complet accord avec lui.

Cela se comprend, car, quel que puisse être leur nombre, jamais les dispensaires ne pourront atteindre la totalité des vénériens ; jamais ils ne pourront se substituer aux médecins pour donner à ceux-ci les soins nécessaires. Plus nous allons, d'ailleurs, plus on comprend (contrairement à ce que l'on pensait au début, où l'on estimait que la syphilis devait être combattue par le seul traitement des vénériens contagieux) que les dispensaires doivent avant tout assurer un rôle de médecine préventive, leur rôle de médecine curative n'intervenant qu'en deuxième lieu et devant diminuer au fur et à mesure que les médecins praticiens emploieront plus volontiers les nouvelles méthodes thérapeutiques antisyphilitiques.

Cependant, le médecin praticien a eu longtemps l'impression qu'il était à l'écart de la lutte contre le péril vénérien parce qu'il ne lui était rien demandé. Il n'avait même pas à rendre compte du nombre de malades qu'il soignait ; il pouvait voir un de ses malades contaminer autour de lui et il devait garder le silence ; il pouvait voir se développer une épidémie de syphilis et il n'avait pas à en informer l'autorité sanitaire.

Sans doute, dès 1930, le ministère de la Santé publique avait mis à sa disposition des facilités importantes pour lui permettre de soigner les syphilitiques : remise gratuite des médicaments, gratuité pour les examens de laboratoire, et même, en certains cas, remboursement des honoraires du malade, telles étaient les modalités qui permettaient aux médecins de continuer de soigner à leur cabinet des malades qui, sans être indigents, sans être inscrits à l'assistance médicale gratuite, ni parmi les assurés sociaux, se trouvaient, étant économiquement faibles, hors d'état de faire face au traitement long et coûteux que nécessite une syphilis. Ces facilités ont été maintenues, elles sont toujours accordées. Tout médecin peut en demander le bénéfice en s'adressant directement à la préfecture de son département, au médecin inspecteur de la Santé.

Mais, aujourd'hui, un pas en avant bien plus important a été fait. Depuis 1939, date à laquelle est entrée en vigueur la loi sur le péril vénérien, les médecins praticiens ont à jouer un rôle considérable, car leur action est maintenant mêlée intimement à l'action préventive qui, nous l'avons dit, constitue le rôle essentiel du dispensaire et de l'autorité sanitaire contre l'endémie ou les épidémies syphilitiques. Ce point mérite d'être éclairci. C'est, en effet, qu'aujourd'hui on sait que, pour arrêter une épidémie de syphilis, il faut avant tout supprimer les agents contaminateurs.

Quand on veut arrêter une épidémie de typhoïde, on recherche quel est le puits contaminé ou quel est l'endroit où l'adduction d'eau est souillée par des apports extérieurs. Ce n'est pas en soignant les typhoïdiques que l'on arrête l'épidémie, c'est en supprimant l'apport des bacilles typhiques.

Dans une épidémie de peste, il faut empêcher les puces qui ont vécu sur un pesteux de passer sur un individu sain. Quand on veut lutter contre le typhus exanthématique, on détruit les poux. Soigner les pestiférés, soigner les typhiques, en laissant poux et puces libres de contaminer, n'empêche pas l'épidémie de progresser.

Il est inutile de multiplier les exemples, mais, dans les mêmes conditions, on ne lutte pas contre la syphilis en se bornant à soigner un syphilitique; on lutte contre la syphilis en recherchant les personnes qui, atteintes de syphilis contagieuse, continuent à avoir des rapports sexuels, et surtout continuent à avoir des rapports sexuels avec des personnes nombreuses.

A quoi sert de soigner successivement cinquante personnes contaminées par une prostituée clandestine contagieuse si l'on ne remonte pas, grâce à leurs déclarations, jusqu'à cette prostituée clandestine contagieuse ? A ce seul moment, l'épidémie s'arrête. Et nous parlons d'une prostituée, mais nous pourrions dire dans les mêmes conditions : à quoi sert-il de soigner vingt jeunes

femmes atteintes de syphilis si, grâce à leurs déclarations, on ne remonte pas à un Don Juan atteint de syphilis contagieuse ?

L'on comprend par ce simple exposé combien est important le rôle du médecin et combien un médecin qui se borne à soigner en clientèle ou au dispensaire son malade, sans aller plus loin, non seulement n'est pas utile, mais, disons-le, est nuisible dans la lutte antisyphilitique ; tandis que tel autre médecin — qu'il soit dans sa clientèle ou dans un dispensaire — est utile lorsque les renseignements qu'il a pu obtenir du malade sur l'origine de sa contamination permettent au service social et à l'autorité sanitaire de remonter jusqu'à l'agent contaminateur, afin de le soigner.

Mais, dira-t-on, si effectivement ces modalités sont intéressantes et sont susceptibles de rendre de grands services dans la lutte contre les épidémies de syphilis, agir ainsi, n'est-ce pas une délation ? Le médecin en a-t-il le droit, le médecin en a-t-il le devoir ? Jusqu'en 1939, et même jusqu'en 1941, l'on pouvait à la rigueur répondre que le médecin en avait le droit — et encore cela n'était pas bien sûr — mais, maintenant, nous pouvons hardiment répondre : non seulement il en a le droit, mais il en a le devoir.

Remarquons bien, d'ailleurs, qu'il ne s'agit pas en quoi que ce soit pour le médecin de dénoncer son malade. Avertir l'autorité sanitaire du nombre de vénériens traités par lui est obligatoire, mais n'est pas une violation du secret professionnel ; mais ce qui nous intéresse, ce qui est capital dans la lutte antisyphilitique, ce n'est pas que le médecin fasse connaître à l'autorité sanitaire le nom de son malade, ce qui est capital, c'est qu'il fasse connaître à l'autorité sanitaire, d'après les renseignements donnés par le malade lui-même, quelle est la source de contagion. Le nom du malade et sa personne n'intéressent pas l'autorité sanitaire, mais le nom de la personne source de contagion, voilà ce qui est capital !

A quoi servirait-il, sur un champ de bataille, de ramasser, sans arrêt et sans trêve, les victimes d'une mitrailleuse ; la seule chose qui compte n'est-elle pas d'arrêter le feu de la mitrailleuse, d'empêcher qu'elle fasse plus de victimes ? A quoi sert-il de soigner indéfiniment les toujours nouvelles victimes de la prostituée clandestine dont nous parlions tout à l'heure, si cette prostituée n'est pas mise hors d'état de nuire ? Mais le médecin a-t-il le droit et le devoir de donner des renseignements si importants à l'autorité sanitaire ? Oui, car les instructions du secrétariat d'État à la Santé en date du 14 janvier 1941, après avoir rappelé ce que nous venons de dire, à savoir : que la diffusion des maladies vénériennes ne peut être entravée que s'il est possible à l'autorité sanitaire d'atteindre et d'amener à se faire traiter les personnes sources de contamination, indiquent :

« La recherche du contaminateur ou de la contaminatrice a pour base essentielle les renseignements fournis par la personne contaminée elle-même. Le médecin doit faire tous ses efforts pour vaincre les scrupules du contaminé qui hésite devant ce qu'il considère comme une délation et pour persuader le malade qu'il s'agit d'une mesure de sauvegarde destinée à protéger la santé de nombreux autres sujets.

« Le médecin complétera la « feuille épidémiologique » par une fiche de renseignements.

« Dans tous les cas, et si imprécis que puissent être les renseignements ainsi obtenus, la fiche sera envoyée dans les vingt-quatre heures à l'autorité sanitaire départementale.

« Celle-ci est chargée de pratiquer l'enquête dans son département ou de la déclencher si la personne contaminatrice réside ou séjourne dans un autre département. Toutefois, et pour donner à l'enquête le maximum de rapidité, si le médecin qui constate la maladie vénérienne dispose d'une assistante sociale (services hospitaliers, dispensaires et organismes antivénériens, etc.), il lui appartient de rechercher directement la personne contaminatrice si elle séjourne dans son rayon d'action. »

Ces prescriptions sont nettes, ces prescriptions sont claires... Elles visent l'ensemble de tous les médecins, car tous les médecins participent à l'application de la loi de 1939 et des instructions de 1941, tant en ce qui

(Suite page III.)

concerne leurs devoirs qu'en ce qui concerne leurs droits. D'ailleurs, les listes des médecins agréés pour soigner les malades au titre de la loi comprennent pratiquement dans chaque département tous les médecins, à la seule exclusion de ceux que le préfet aura écartés sur le rapport de l'inspecteur de la Santé, après avis de l'organisation professionnelle la plus représentative des médecins du département où ils exercent leurs fonctions.

Ajoutons enfin que, d'après la loi de 1939, tout médecin qui donne ses soins pour la première fois à un vénérien doit lui remettre un avertissement en lui faisant connaître qu'il a l'obligation légale de se soigner. Les formules d'avertissement sont remises gratuitement par l'Inspection départementale de la Santé à tout médecin.

On s'est demandé s'il ne s'agirait pas là d'une violation du secret professionnel : rien ne peut donner lieu à une interprétation aussi fausse. Avertir son malade ne constitue en quoi que ce soit une dénonciation, puisque le médecin se borne à informer son malade, et seulement lui.

Il est vrai que le médecin a, de plus, le devoir moral et social, conformément aux instructions du 14 janvier 1941 du secrétariat d'État à la Santé :

« De mettre en œuvre automatiquement son pouvoir de déclaration dans les cas qui constituent sans conteste de la part du malade l'« imprudence nocive » prévue par l'article 2 du décret du 29 novembre 1939. On considérera comme tel le cas de toute personne atteinte d'affection vénérienne contagieuse qui cessera avant guérison ses consultations chez le médecin qui la soigne, sans fournir à celui-ci la preuve qu'elle reçoit les soins d'un autre médecin ou sans justifier de raisons valables pour cette interruption de traitement. »

Voilà donc les droits et devoirs du médecin dans la lutte contre le péril vénérien. Voilà en même temps les raisons qui montrent à l'heure actuelle plus que jamais qu'on ne peut plus concevoir la lutte antivénérienne sans l'intervention pressante et permanente du médecin praticien.

L'INSUFFISANCE DES CRÉDITS POUR LA LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE

PAR

G. MILIAN

Depuis 1938, les crédits pour la lutte antivénérienne n'ont pas été augmentés : à 15 millions en 1938, ils sont restés à 17 millions en 1942, comme si les dépenses n'avaient pas augmenté depuis cette époque et comme si l'organisation en était suffisante !

Quel contraste entre ce petit chiffre de 17 millions et le chiffre énorme de 100 millions attribué à la tuberculose, où les moyens d'actions sont médiocres !

Depuis 1918, les dépenses, du fait de la situation économique, ont plus que triplé. Les instruments : seringues, bouilloires, aiguilles, verrerie, l'ouate, l'alcool, etc., ont augmenté du simple au quadruple. Le personnel subalterne et les infirmières ont dû être augmentés, de par la loi de près d'un tiers. Pour l'Institut Alfred-Fournier, par exemple, l'augmentation des dépenses du chapitre du personnel a été de 180 000 francs, sans augmentation de personnes. Ce ne sont pas les médecins et assistants qui augmentent les dépenses. Conformément à leur tradition de désintéressement, ils sont restés sans mot dire aux mêmes émoluments par vacation.

Que l'on pense également que le gaz, l'eau, l'électricité, le charbon ont atteint des chiffres triples, toutes choses indispensables au fonctionnement des dispensaires !

Les médicaments antisyphilitiques, à part l'augmentation de consommation, sont restés au même chiffre, mais les nouveaux arrivés contre la bleunorragie, les sulfamidés *per os*, par injection ou en poudre, sont venus chiffrer très haut la dépense médicamenteuse.

Il y a donc une dépense beaucoup plus forte actuellement dans les dispensaires antivénériens du simple fait de la situation économique, en s'en tenant aux moyens actuels très insuffisants de la lutte antivénérienne.

Insuffisants ! disons-nous. Pourquoi ? Parce que les

traitements des malades ne peuvent être faits avec la rigueur suffisante, et parce que la prophylaxie n'est pas suffisamment assurée.

Les traitements ne peuvent pas être conduits avec la rigueur suffisante parce que les consultations des dispensaires ne sont pas assez fréquentes. Il y a beaucoup de dispensaires qui n'ont qu'une consultation par semaine. Les malades ne peuvent donc recevoir leur traitement qu'une seule fois dans ce laps de temps. Or tous les traitements antisyphilitiques par piqûres (intraveineuses de 914, intramusculaires de bismuth) doivent être administrés au moins deux fois par semaine. Quand ce minimum n'est pas atteint, la contagiosité se prolonge, et d'autre part les germes s'accoutument au traitement et deviennent résistants aux médicaments. Comme cette résistance médicamenteuse se transmet aux générations parasitaires successives, la guérison des patients devient plus difficile, le nombre des syphilis résistantes augmente, et la génie épidémiologique s'aggrave. C'est ainsi que l'arsénobenzol a perdu beaucoup de l'activité miraculeuse que nous lui avons connue en 1910.

Il faut qu'un dispensaire ait *au minimum* deux ou trois consultations par semaine, et même davantage, pour permettre aux absences involontaires (travail, indispositions, oubli) d'être réparées. S'il n'y a qu'une consultation hebdomadaire et que le malade la manque, cela le laisse quinze jours sans traitement, ce qui est lamentable au point de vue du résultat thérapeutique. Il devrait y avoir, à côté de la consultation magistrale du médecin qui doit suivre le malade, des consultations de traitement pur qui assureraient la continuité de la cure et pourraient être assurées par des assistants ou des infirmières. Cela ferait une petite économie. Mais nous ne sommes pas sûr que cette économie soit souhaitable.

Les dispensaires unihebdomadaires rendent impossibles les traitements au cyanure de mercure, qui doivent être journaliers, et qui sont si précieux dans les affections auriculaires et dans les syphilis résistantes.

Autrement dit, les dispensaires actuels ne réalisent et ne peuvent réaliser chez beaucoup de malades que des traitements incomplets.

Si l'on ajoute à cela que beaucoup de malades ne peuvent venir que le soir, on voit combien une thérapeutique unihebdomadaire est inopérante.

Le *côté prophylactique* est également insuffisant. Beaucoup de dispensaires manquent d'infirmières sociales, c'est-à-dire des moyens de dépister les agents contaminateurs, sources des nouveaux cas, et qu'il faut découvrir pour les obliger au traitement. Il n'est pas nécessaire que chaque dispensaire ait une infirmière sociale, mais il pourrait, suivant l'activité de celui-ci, y avoir une infirmière sociale pour plusieurs dispensaires. C'est là une organisation indispensable à créer.

Si l'infirmière sociale du dispensaire antituberculeux ne croyait pas déchoir en s'occupant également des vénériens, le problème pourrait être souvent résolu.

Mais il faudrait aussi que l'infirmière sociale soit convaincue de l'importance de son rôle et y mette un zèle, un enthousiasme qu'on ne rencontre pas tous les jours.

Enfin, il faudrait que la lutte antivénérienne ne se désintéresse pas des recherches scientifiques et thérapeutiques. Mais où sont, en France, les savants suffisamment payés pour y consacrer leur vie ? Où sont les crédits qui permettent de poursuivre ces recherches, au prix où sont aujourd'hui lapins, cobayes, souris, singes, nourriture des animaux, locaux d'élevage, etc. ? Depuis quarante ans, la plupart des grandes découvertes au titre vénérien sont venues de l'étranger. Il est triste de penser que cela tient à peu près uniquement au manque d'organisation et à l'insuffisance des crédits.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le professeur Paul Bégouin (de Bordeaux). — M. G. Schneider, père du Dr Schneider. — Mme Henry Rogier, veuve de M. Henry Rogier, fondateur des Laboratoires de l'Uraseptine. Nous adressons à M. le Dr Boutin, son gendre, nos condoléances attristées. — Le Dr Pierre Dupas (Sin-le-Noble).

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Bulart (de Soissons) font part de la naissance de leur fils Marc. — Le Dr et Mme G. Verroust (de Vitry-sur-Seine) font part de la naissance de leur fils Pierre. — Le Dr et Mme Brocard font part de la naissance de leur fils Alain.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Studer est nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé intérimaire du Gers, au maximum pour la durée des hostilités.

FACULTÉS

Faculté de médecine de Paris. — M. Petit-Dutaillis, agrégé, est nommé provisoirement, à dater du 15 décembre 1942, professeur de pathologie chirurgicale (dernier titulaire : M. Quénu, transféré).

M. Chabrol, agrégé, est nommé provisoirement, à dater du 15 décembre 1942, professeur de pathologie médicale (dernier titulaire : M. Pasteur Vallery-Radot).

M. Sénèque, agrégé, est nommé provisoirement, à dater du 1er janvier 1943, professeur de la chaire de clinique thérapeutique chirurgicale (dernier titulaire : M. Brocq).

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — M. le Dr Carrier est nommé médecin chef de service à l'asile privé de Saint-Jean-de-Dieu (Rhône).

M. le Dr Raucoules est nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Dun-sur-Auron, en remplacement de Mme le Dr Gardien, affectée à l'hôpital psychiatrique de Naugeat.

M. le Dr Belfis est nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Saint-Rémy (Haute-Saône) (poste vacant).

SANATORIA. — M. le Dr Brenugat a été nommé médecin adjoint au sanatorium de La Meynardie (Dordogne occupée).

M. le Dr Acher-Dubois a été nommé médecin adjoint au sanatorium de Bodiffé (Côtes-du-Nord).

Sanatorium de la Musse. — Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin du sanatorium de La Musse, près Evreux (Eure). Traitement de début : 40 000 francs (avec avantages en nature habituels). Adresser les candidatures avec titres en phtisiologie au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR. — *Au grade de commandeur* : M. le professeur Henry-Léonard Bordier, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Lyon.

Chevalier à titre posthume. — Mme Leconte-Lorsignol, docteur en médecine, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Rouen.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Médecins membres titulaires et suppléants des tribunaux départementaux des pensions. — Le *J. O.* du 2 janvier 1943 publie la liste nominative des médecins membres titulaires et suppléants des tribunaux départementaux des pensions pour 1943.

Carnet de Santé national. — *Article premier.* — Il est institué un carnet individuel de santé, dont le modèle est fixé par arrêté du secrétaire d'Etat à la Santé.

Art. 2. — Aucun modèle de carnet de santé autre que celui prévu par l'article premier du présent décret ne pourra être mis en usage par les administrations publiques, ni par les collectivités ou entreprises privées soumises par les lois et règlements en vigueur à l'obligation d'organiser un service de contrôle médical, sans avoir été approuvé par le secrétaire d'Etat à la Santé.

COURS ET CONFÉRENCES

Hôpital-hospice Saint-Vincent-de-Paul (Enfants-Assistés), 74, rue Denfert-Rochereau, Paris (XIVe).

A partir du 13 janvier 1943, le mercredi à 11 heures, M. Marcel Lelong, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, et ses collaborateurs : MM. Raymond Joseph, médecin des hôpitaux ; A. Rossier, P. Tanret, Charousset, anciens chefs de clinique à la Faculté, feront, dans le service (amphithéâtre du pavillon Pasteur), une conférence sur un sujet de médecine du premier âge.

20 janvier. — M. Marcel Lelong : La tuberculose du nourrisson.

27 janvier. — M. Charousset : Les critères de la syphilis du nourrisson.

3 février. — M. A. Rossier : Les équilibres alimentaires dans la nutrition du nourrisson.

10 février. — M. R. Joseph : L'hématopoïèse et les anémies de la première enfance.

17 février. — M. P. Tanret : Conception actuelle du rachitisme.

24 février. — M. Marcel Lelong : La maladie hémorragique du nouveau-né.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

XLIIIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

(suite) (1)

Montpellier, 28-30 *octobre* 1942.

TROISIÈME QUESTION.

Des conditions de sortie des aliénés délinquants et criminels internés.

Rapport. — P. LÉCULIER, rappelle que la législation française ne prévoit pas de garanties spéciales lors de la sortie d'un asile d'un aliéné délinquant ou criminel.

Ces garanties devraient être recherchées plus par l'amélioration des conditions médicales et sociales de la sortie que par la réforme de la procédure elle-même. Celle-ci est confiée actuellement à l'autorité administrative ; son transfert à l'autorité judiciaire a été souvent demandé sans que les avantages de ce changement soient bien établis. Mais l'avis d'une commission médicale devrait être obligatoirement recueilli.

L'institution d'un service social psychiatrique, la création de dispensaires spécialisés seront les instruments nécessaires des progrès à envisager pour une meilleure connaissance des possibilités de reclassement familial et professionnel avant la sortie, et pour l'établissement d'une double surveillance, médicale et sociale, après la libération.

Enfin il serait essentiel que la sortie des aliénés criminels devienne conditionnelle et révocable.

Ce rapport est suivi d'une importante *discussion* où la plupart des auteurs soulignent l'intérêt que présenterait la création d'une commission médicale dont ferait partie le médecin traitant et d'un service social bien organisé.

Communications.

Nous ne pouvons ici, faute de place, passer en revue les nombreuses et intéressantes communications traitant de sujets neuro-psychiatriques variés. Nous nous bornerons à mentionner celles qui ont traité d'un sujet d'actualité, l'**électrochoc**.

En ce qui concerne l'*appareillage*, LAPIPE et RONDEPIERRE présentent un nouveau modèle de leur sismothère à réglage automatique. DELMAS et MARSALET (Bordeaux) présentent un appareil à courant continu avec détermination semi-automatique du temps de passage par appréciation du temps de retour au zéro d'un milliampèremètre spécial ; on arriverait avec cet appareil à obtenir la « crise idéale » et à éviter tant la crise insuffisante et mnésique que la crise brutale par surdosage du courant.

L'*action physiologique* de l'électrochoc est précisée par l'intéressante auto-observation de BERSOT (Neufchâtel), qui s'est soumis à deux chocs, l'un abortif à 50 volts, l'autre complet à 70 volts. Il a présenté des troubles de la conscience, de la désorientation, des troubles de la mémoire et de l'idéation, puis est réapparue l'activité psychique normale. L'amnésie reste définitive pour les trois à quatre heures qui suivent le choc. Les troubles de la mémoire et de la conscience qu'il provoque sont graves et ne disparaissent que lentement.

HEUYER, BOUR et HUREZ ont observé après l'électrochoc une amnésie de fixation qui peut durer jusqu'à six semaines sans troubles de la mémoire d'évocation ; ces troubles, qui peuvent faire croire à une aggravation de la psychose, cessent lorsqu'on arrête l'électrochoc ; ils peuvent poser un problème médico-légal.

En ce qui concerne les *résultats*, POROT, BARDENAT, SUTTER, POROT LÉONARDEN et KAUMEREN (Alger), BALVET, CHOURAUD et TASQUELLES apportent leurs statistiques ; la première porte sur 3 000 électrochocs. COSSA et BOUGEART (Nice), avec une technique un peu spéciale, ont obtenu des résultats remarquables dans les états mélancoliques francs ou réactionnels (80 p. 100 de guérisons complètes) et dans les états auxieux simples et hypochondriaques (63 p. 100 de guérisons complètes et 27 p. 100 de guérisons incomplètes). Par contre, dans les psychoses de dissociation (démence précoce, délires et démences paranoïdes, psychoses hallucinatoires), les résultats, immédiatement très encourageants (44 p. 100 de rémissions), sont sans lendemain avec rechute rapide dans les trois quarts des cas. Une comparaison avec les traitements par l'insuline et par le cardiazol leur montre que, dans ce dernier groupe de cas, et notamment dans la démence précoce, le coma insulinique est infiniment plus actif et que les méthodes convulsivantes sont des thérapeutiques d'appoint ; la psychose maniaque dépressive et les mélancolies réactionnelles sont influencées de la même façon par les trois méthodes ; les mélancolies d'involution et les psychoses confusionnelles qui traînent ne cèdent qu'au seul électrochoc. Les mécanismes d'action des trois méthodes semblent analogues, le traitement insulinique comportant une action plus profonde avec œdème actif du tissu nerveux. MARÉCHAL (Tunis) a traité systématiquement les 340 aliénés dont il avait la charge ; il conclut également à l'action de l'électrochoc sur la plupart des psychoses, sauf la démence précoce. Il faut se méfier de son action abortive. N. MARTIMOR a vu l'électrochoc agir électivement sur la confusion mentale et sur les éléments confusionnels existant chez d'autres malades, notamment les mélancoliques et les schizophrènes.

JEAN LEREBOULLET.

(1) Voy. *Paris médical*, n° 52, du 30 décembre 1942.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Région sanitaire de Paris

Circulaire n° 16 du 26 décembre 1942.

Commission régionale.

Réunion du 7 décembre 1942 de la Commission régionale du Comité de coordination. — La Commission régionale de l'Ordre des médecins de la région sanitaire de Paris et le Comité de coordination de la région parisienne ont tenu une réunion commune, le 7 décembre 1942, à leur siège social, 28, rue Serpente, à Paris.

Cette réunion était présidée par M. Grasset, secrétaire d'État à la Santé. Étaient aussi présents : M. Leclainche, secrétaire général de la Santé et de l'Assistance à Paris, et M. Theil, chef du cabinet du secrétaire d'État à la Santé.

Au cours de cette réunion, qui se déroula dans une atmosphère de parfaite cordialité, M. Grasset entretint longuement les membres présents de différentes questions, notamment de la corporation médicale telle qu'il espère la voir organisée, des allocations familiales chez les médecins, du problème de la fiscalité, des médecins prisonniers, des médecins sinistrés et de la retraite du médecin.

Puis différents membres des organismes représentés demandèrent un certain nombre de précisions sur certaines questions d'actualité à M. le Secrétaire d'État à la Santé. C'est ainsi que M. Grasset donna sa façon de voir sur les rapports du corps médical avec les caisses d'assurances sociales, sur le fonctionnement des assurances sociales agricoles, sur l'hospitalisation, la mutualité, les comités sociaux, l'article 19 (assurés-assistés), le tarif des accidents du travail, la médecine du travail et la nouvelle nomenclature.

Nous reviendrons d'ailleurs, dans une prochaine circulaire, sur cette importante réunion.

A propos du relèvement des honoraires. — Les caisses d'assurances sociales n'ayant pas encore relevé leur tarif de responsabilité, celui-ci demeure à 35 francs pour la consultation et 40 francs pour la visite. Nous croyons bien faire de rappeler que les médecins ne doivent pas dépasser ces chiffres pour les honoraires des soins donnés à la famille d'assurés sociaux prisonniers de guerre (loi du 27 novembre 1941).

Qualification des spécialistes. — Nous insistons auprès des confrères chirurgiens, dermato-vénéréologues, ophtalmologistes, oto-rhino-laryngologistes, phtisiologues et électro-radiologistes de Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne qui n'auraient pas encore fait leur demande de qualification pour qu'ils veuillent bien, dans le plus bref délai, adresser cette demande, en y joignant autant que possible l'énumération de leurs titres, à la Commission régionale de l'Ordre des médecins, 28, rue Serpente, qui transmettra à la Commission chargée de statuer sur ces demandes.

Édition du tableau de l'Ordre des médecins de la région sanitaire de Paris. — Ce tableau, mis à jour à la date du 31 décembre 1942, sera, nous l'espérons, édité à la fin du mois de janvier 1943.

Au sujet de la médecine du travail. — Nous publions ci-dessous le texte d'un rapport concernant la médecine du travail et présenté par M. Lafay, au nom de la Commission régionale, à M. le Secrétaire d'État à la Santé, le 7 décembre 1942.

« Monsieur le Ministre,

« La Commission régionale des Conseils de l'Ordre des médecins de la région sanitaire de Paris a l'honneur d'appeler votre bienveillante attention sur la rédaction de l'article 8 de la loi du n° 625 relative à l'organisation des services médicaux et sociaux du travail.

« Cet article est ainsi conçu :

« *Ils peuvent, au siège du service médical, donner leurs soins aux salariés atteints d'affections qui n'entraînent pas la cessation du travail.*

« Ce n'est pas sans émotion que l'ensemble des praticiens a pris connaissance de cet article de la loi.

« La loi relative à l'organisation des services médicaux et sociaux du travail qui organise heureusement la médecine d'entreprise paraissait devoir limiter l'activité des médecins du travail à la médecine préventive, à l'exclusion de la médecine individuelle.

« Telle était d'ailleurs l'opinion de MM. Cros, médecin inspecteur du travail, et Barthe, du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, qui ont écrit, dans le *Concours médical* de septembre 1942 :

« Il est tout d'abord bien entendu que le médecin du « travail ne doit pas être le médecin traitant des ouvriers à « l'entreprise. Il n'est pas question de faire du médecin « du travail le médecin de dispensaires d'usines, c'est- « à-dire de lui permettre de tout soigner. Le médecin du « travail a déjà assez à faire avec son rôle à la fois médi- « cal et social, orienté par la prévention, sans prendre à « charge par surcroît le traitement de cette collectivité « importante. De plus, il n'est pas souhaitable qu'il fasse « une large médecine *en série* avec l'automatisme que lui « imposerait le nombre des consultants. »

« La Commission régionale des Conseils de l'Ordre des médecins de la région sanitaire de Paris se devait d'étudier tout particulièrement cette question, en raison de l'importance tenue par l'industrie en cette région.

« Cette étude l'avait amenée à conclure que :

« La médecine du travail est une médecine communautaire préventive où le médecin, conservant, du fait de son indépendance, le droit d'agir selon sa conscience, jouit pleinement de la confiance de toute l'entreprise : de la direction, des cadres de maîtrise et de la main-d'œuvre. Il est exclusivement un hygiéniste protecteur de la santé du personnel, un technicien de l'hygiène industrielle et de la sécurité.

« Son rôle médical de praticien s'arrête aux mesures directement en rapport avec l'entreprise ; il agit dans les limites des problèmes industriels.

« Son action s'arrête là où commence celle de la médecine de soins, mais elle sort par là même du cadre des problèmes limités à la pathologie pour s'attacher à la physiologie du travail, au dépistage, à la prévention et à la sélection.

« Ces différentes fonctions suffisent pour occuper largement le médecin du travail (qu'il soit à temps plein ou à temps partiel).

« Le libre choix pour le travailleur étant respecté en ce qui concerne les soins, les relations entre médecins du travail et médecins de familles deviendront de ce fait faciles et agréables ; elles seront, en outre, utiles pour le travailleur.

« En conclusion :

« La Commission régionale émet le vœu qu'il soit satisfait aux conditions suivantes :

« 1° Obligations d'un contrat entre médecin du travail et patrons (ou comité social), ce contrat devant être approuvé par le collège départemental des médecins.

« Le médecin du travail ne pourra cumuler avec ses fonctions celle de médecin conseil des caisses d'assurances sociales ou de médecin contrôleur de la compagnie d'assurances accident qui assure les travailleurs de l'entreprise.

« 2° Aucun soin, en principe, ne sera donné en dehors de la médecine d'urgence (premiers soins en cas d'accident du travail ou de maladie brusque au cours du travail)

et autres cas d'espèce à spécifier dans chaque contrat.

« 3° Revision des contrats déjà existants pour les mettre en accord avec la réglementation nouvelle dans les délais dont l'appréciation sera laissée au collège départemental des médecins.

« 4° Le Conseil national de l'Ordre des médecins décidera sur toute question entraînant un désaccord entre le collège départemental des médecins et les parties contractantes.

« Monsieur le Ministre, si vous acceptez son point de vue, la Commission régionale vous demanderait de bien vouloir le porter à la connaissance des intéressés par un additif à la loi ou par une instruction relative à son application.

« Paris, le 7 décembre 1942. »

Conseil départemental de la Seine.

Règlement des cotisations.

Remplacements.

Bons d'alcool. — Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins avise les confrères du département qu'il tient à leur disposition des bons d'alcool, qu'ils sont priés de venir prendre au 242, boulevard Saint-Germain, tous les jours, de 9 heures à 12 heures, de 14 heures à 18 heures, samedi après-midi excepté.

Tarif des honoraires minima de pratique courante. — Le Conseil départemental de la Seine tient à la disposition des médecins qui désireraient se le procurer le tarif des honoraires minima de pratique courante, sous forme d'un dépliant vendu au prix de 5 francs l'exemplaire.

Le Secrétaire administratif.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre 1942 (suite).

Le blé est-il rationnellement utilisé dans la fabrication actuelle du pain ? — M. Perrot. — Dans une très importante communication l'auteur démontre, avec chiffres à l'appui, que, dans la fabrication du pain intégral, indigeste et malfaisant, qu'on obtient avec la poudre totale du grain, le blé est mal utilisé. En effet, 15 p. 100 de son poids (son) sont totalement non digérés, tandis que, donnés aux volailles et surtout au porc, on les transformerait en viande et en graisse. Cet appoint serait très appréciable puisque, si l'on peut libérer ce son, on estime son poids à 3 et 4 millions de quintaux.

Or, par addition de 3 p. 100 d'eau à la farine blutée à 85 p. 100 et 3 p. 100 d'un amidon étranger, on obtient le même poids de pain blanc, d'un volume beaucoup plus grand, de valeur comestible plus élevée et sans danger pour la muqueuse intestinale.

Tuberculose de la rate dans la maladie de Vaquez. — MM. N. Fiessinger, R. Leroux et J. Grislain, après avoir rapporté l'histoire d'une maladie de Vaquez suivie depuis cinq ans, dont la période terminale, attribuable à une tuberculose généralisée, se signale par la prédominance des lésions au niveau de la rate, rappellent la fréquence des tuberculoses spléniques dans la maladie de Vaquez et en discutent les raisons. Dans certains cas à début érythro-leucémique, on peut penser que la tuberculose est primitive, mais le plus souvent elle paraît nettement secondaire et tardive, la prépondérance lésionnelle sur la rate apparaissant comme la conséquence du véritable surmenage fonctionnel que subit cet organe dans la maladie de Vaquez.

La lutte contre la trypanosomiase. — M. Muraz, dans une note présentée par M. Tanon, expose l'action du service général autonome de la trypanosomiase en A. O. F. et au Togo pendant trois ans.

Élection du bureau pour 1943. — M. Émile Perrot est élu vice-président ; M. Georges Brouardel est réélu secrétaire annuel ; MM. Lesage et Petit sont élus membres du Conseil.

M. Balthazard, vice-président en 1942, devient de droit président en 1943 en remplacement de M. Guillain.

Séance du 22 décembre 1942.

Rapport au nom de la Commission de la vaccination anti-typhoïdique. — M. Tanon. — L'âge fixé actuellement par la loi du 25 novembre 1920 est dix ans. Le ministre de la Santé publique demande s'il n'y a pas lieu d'abaisser cet âge. La commission, sur l'avis de ses membres et de M. Lemierre, est d'avis qu'il n'y a pas d'inconvénient à l'abaisser à l'âge de deux ans.

La commission propose à l'Académie, qui l'adopte, de fixer ainsi les doses à employer :

De 2 à 6 ans : 2/10 de cm^3, 4/10, 4/10.

De 6 à 10 ans : 3/10 de cm^3, 3/10, 4/10, 5/10.

De 10 à 15 ans : 4/10 de cm^3, 4/10, 1/2, 1.

A 20 ans et plus : 1/2 cm^3, 1/2, 1, 1,5.

Avec le vaccin de l'Institut Pasteur.

Rapport au nom de la Commission des substances vénéneuses. — M. Fabre demande et obtient l'inscription du chloralose au tableau C.

Sur la survie des tissus. — M. H. Rouvière a observé la survie de la paroi intestinale de cobayes morts par asphyxie. Il a constaté que l'immersion dans une solution isotonique de NaCl ou dans le sérum de Ringer-Locke, maintenus à une température de 37 à 39°, augmente considérablement la durée de la survie, qui est encore notablement prolongée si l'on oxygénise la solution alors que l'intestin est immobilisé ou que les contractions sont sur le point de s'arrêter.

M. Rouvière pense qu'on pourrait peut-être tirer de ses observations une application pratique, par exemple, dans le traitement, après l'intervention chirurgicale, de certaines plaies traumatiques, pour ranimer la vitalité des tissus traumatisés et mis à découvert par l'ébarbage de la plaie.

Séance du 5 janvier 1943.

Après une interruption de quinze jours, l'Académie a repris ses travaux.

Installation du bureau. — M. Guillain, président sortant, prononce le discours d'usage et cède le fauteuil présidentiel à M. Balthazard, qui prononce à son tour une allocution.

Formes irréductibles de l'insuffisance alimentaire chez l'adulte. — MM. Charles Richet, Guy Lesueur et Gérard Duhamel notent ce fait que ces formes surviennent surtout dans les restrictions prolongées et à partir de cinquante ans. Ces formes sont les suivantes : 1° les formes difficilement réversibles, l'amélioration est lente et n'est pas complète ; 2° les formes irréversibles, le malade reste pendant des mois dans le même état de cachexie et d'amaigrissement ; 3° les formes progressives, malgré une bonne alimentation le malade s'aggrave et finit par succomber.

La pathogénie paraît la suivante : au début le trouble fonctionnel est rapidement amélioré par une bonne alimentation, mais rapidement des lésions surviennent, qui progressent. A un certain degré, la nutrition ne peut plus s'effectuer progressivement, même si l'alimentation est parfaite.

L'hémo- et la lacto-agglutination rapides appliquées au diagnostic et à la prophylaxie des brucelloses. — Mlle Cordier et M. L. Brumpt (note présentée par M. Harvier). — L'avortement épizootique des bovidés dû au bacille de Bang cause, chaque année, de lourdes pertes à l'élevage français et à l'industrie laitière. D'autre part, certaines brucelloses animales, en particulier l'infection de la chèvre par *Brucella melitensis*, constituent pour l'homme un réel danger. Leur diagnostic est possible à l'étable, au pâturage ou sur le champ de foire, grâce à des techniques simples, rapides et sûres, d'agglutination portant sur une goutte de lait ou sur une goutte de sang. Ces méthodes ont été expérimentées avec succès par les auteurs en Tunisie et au Maroc.

En éprouvant dans les laiteries des échantillons de lait de diverses provenances, on peut préciser la répartition de la maladie dans un pays donné et contrôler la déclaration, qui est obligatoire. Dans une étable où survient un avortement, le vétérinaire peut savoir immédiatement s'il s'agit bien d'une infection à *Brucella* et entreprendre sans retard la vaccination des autres animaux. Enfin, on peut préserver un élevage sain en soumettant à l'épreuve d'agglutination préalable l'animal que l'on désire importer.

A partir d'un cas humain de fièvre de Malte, l'enquête vétérinaire entreprise dans le troupeau suspect permettrait de découvrir les chèvres infectées.

Lactation et restrictions. — Mme L. Randoin et Mlle A. Raffy apportent un travail établissant la diminution importante de la teneur en vitamine B des laits de femme au cours de la période actuelle des restrictions alimentaires.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 décembre 1942.

Sulfamidoprophylaxie des complications de la rougeole — MM. J. Celice, Kartun et Camus ont soigné, depuis janvier 1942, 653 cas de rougeole. Parmi les 360 qui ont été traités par la méthode classique, 70 ont eu des otites, 24 des complications pulmonaires ayant causé 3 décès. Les autres ont été soumis à la sulfamidothérapie au cours de l'éruption. Sur les 123 cas traités par le sulfothiazol (2090 R. P.), il n'y a eu que 10 otites et 1 bronchopneumonie ; et, sur les 170 cas traités par la thiourée (2255 R. P.), 9 otites et 3 complications pulmonaires. Les auteurs donnent durant cinq jours à partir de l'éruption des doses de sulfamides comprises entre 1 et 4 grammes par jour suivant l'âge du sujet. En outre, ils instillent plusieurs fois par jour dans les narines quelques gouttes d'une solution de sulfothiazol sodé à 7,4 p. 100 de *p*H 9,4, isotonique aux larmes, et toujours très bien tolérée.

Les sulfamides n'ont aucune influence sur l'évolution de l'éruption, mais leur emploi permet de prévenir les complications et de diminuer ainsi le temps d'hospitalisation.

Forme fruste du syndrome de Milkman. — M. Dereux (Lille) rapporte l'observation d'une malade qui présentait des signes fonctionnels très importants (douleurs extrêmement violentes dans la région lombaire et la cuisse gauche, difficulté de la marche rappelant celle des myopathiques) et une seule strie osseuse linéaire bordée en haut et en bas par un liséré plus sombre, coupant transversalement le fémur gauche au niveau de la petite tubérosité. Un traitement par la vitamine D en solution très concentrée amena en deux mois la guérison clinique et radiographique.

Septicémie à staphylocoque doré hémolytique. Guérison par le traitement sulfamidé. — MM. M. Mondon, R. Pirot, J.-L. André et J.-J. Blein rapportent l'observation d'un homme de vingt-trois ans qui présenta, après une blessure bénigne du pied, une septicémie à staphylocoque doré hémolytique. Malgré l'apparition de complications pleuro-pulmonaires, le malade guérit, après avoir reçu en un mois 274 grammes de sulfamides. Une récidive avec hémoculture positive survenue trois mois plus tard guérit également par le traitement sulfamidé, combiné à l'iodothérapie (méthode du Dr Legroux).

Septico-pyohémie à staphylocoques. Guérison par l'iodo-sulfamidothérapie. — MM. H. Mondon, R. Pirot, L. André, J.-J. Blein rapportent un cas particulièrement grave d'anthrax de la lèvre supérieure compliqué de septicémie (hémoculture positive au staphylocoque doré hémolytique) et d'abcès pulmonaires métastatiques, chez un matelot de dix-huit ans. Le traitement consiste surtout dans l'association d'iodoprotide, puis d'iodure de sodium, au septoplix dont on donna un total de 118 grammes (méthode du Dr Legroux). Les phénomènes locaux et généraux furent jugulés en quinze jours.

Un cas de crypto-leucémie aiguë. — MM. Mondon, Pirot et André rapportent l'histoire clinique d'un homme de vingt-sept ans ayant présenté, après un épisode fébrile discret, une anémie progressive et des hémorragies que le myélogramme permit de rattacher à une crypto-leucémie aiguë. En raison de certaines particularités du tableau clinique et de la découverte de staphylocoque doré dans le sang et sur des frottis de rate, les auteurs discutent l'origine infectieuse des leucémies aiguës.

L'anasarque sans albuminurie des diarrhées incoercibles. Cas avec action remarquable sur l'œdème de la vitamine B_1. — MM. Félix-Pierre Merklen, H.-M. Gallot et Mme Ed. Gouygou-Roth montrent l'action remarquable de la vitamine B_1 sur l'œdème dans un cas d'anasarque avec diarrhée incoercible résultant d'une incontinence néoplasique du pylore : la fonte des œdèmes amena une perte de poids de plus de 14 kilogrammes en vingt jours. Un défaut d'absorption et d'assimilation de la vitamine B_1 résultant de l'accélération du transit digestif semble devoir être incriminé dans ce cas, l'assimilation défectueuse du chyme alimentaire ayant été d'ailleurs signalée par Ét. Chabrol dès 1939 comme facteur d'œdème digestif à côté de l'irritation du pancréas et de l'insuffisance fonctionnelle du foie.

(Suite page V.)

Séance du 18 décembre 1942.

Éloges. — M. HUBER, secrétaire général, fait les éloges funèbres de M. M. Marfan, G. Lion, G. Caussade, L. Babonneix et G. Lemoine, membres de la société décédés au cours de l'année.

Élections. — Sont nommés pour l'année 1943 :
Président : M. Grenet ;
Vice-président : M. Lemierre ;
Secrétaire général : M. Huber ;
Trésorier : M. Mauric ;
Secrétaires annuels : MM. Joseph et Fouquet.

R. PLUVINAGE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre 1942.

L'augmentation de fréquence des ulcères gastro-duodénaux depuis la guerre. — M. A. LAMBLING et S. BROSSY. — Rapporteur : M. BERGERET.

Péritonite par perforation au cours de l'évolution d'un épithélioma du grêle. — M. R. KUSS. — Rapporteur : M. BROCQ. — La résection de l'anse intestinale malade et perforée suivie d'entérorraphie termino-terminale a été pratiquée avec succès. M. Brocq insiste sur la rareté de cas semblables.

Sur l'emploi de la morphine et de la scopomorphine en pré-anesthésie. — M. HUET a obtenu des résultats très intéressants de la morphine et de la scopomorphine intraveineuses faites quelques minutes seulement avant l'intervention.

Un cas de thrombo-phlébite traumatique de la veine axillaire traitée par résection veineuse. — M. MERLE D'AUBIGNÉ a observé ce cas à la suite d'une fracture du tiers interne de la clavicule. La résection veineuse donna un résultat excellent et immédiat.

La novocaïne intraveineuse comme traitement d'urgence du syndrome d'embolie pulmonaire post-opératoire. — MM. FUNCK-BRENTANO et J.-S. BOURDIN rapportent quelques observations de cette thérapeutique, qui a donné de bons succès. L'injection peut être répétée sans inconvénients.

M. LERICHE pense aussi que l'injection intraveineuse est un bon moyen, mais il insiste sur les lésions anatomiques des embolies mortelles, sur le caillot de la bifurcation ; cas pour lesquels la novocaïne ne peut rien, évidemment.

M. SÉNÈQUE a eu un très bon résultat d'une infiltration stellaire.

M. HEPP a eu quatre succès de l'injection intraveineuse de novocaïne.

A propos du traitement des calculs de la vessie. — MM. FEY, BOUTEAU et AUZELOUX apportent quelques observations et en tirent des conclusions pratiques au point de vue de la conduite à tenir dans les différents cas.

Le traitement du choc opératoire par la perfusion d'eau physiologique avec injection intraveineuse d'adrénaline à la demande. — MM. JACQUES LEVEUF et JUSTIN-BESANÇON ont observé des résultats fort intéressants de cette technique où l'on injecte, directement dans le tuyau de caoutchouc du sérum, de l'adrénaline jusqu'à retour de la tension artérielle à son point de départ. Ils ont reproduit expérimentalement les mêmes effets dans le choc histaminique. La quantité d'adrénaline injectée n'est en quelque sorte limitée que par le retour de la tension artérielle à son chiffre initial : il ne faut, en aucun cas, aller au delà.

M. PETIT-DUTAILLIS a eu de bons résultats par injections sous-cutanées répétées d'un demi-milligramme d'adrénaline. Mais les injections de strychnine à la dose d'un demi-milligramme répétées toutes les deux heures lui paraissent supérieures.

Séance du 9 décembre 1942.

A propos de 13 cas de suture nerveuse. — M. SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE estiment que, lorsqu'on opère précocement, il faut toujours tenter la suture nerveuse, même en cas de plaie légèrement infectée. Si on opère plus tardivement, la suture doit être précédée d'une résection large du gliome du bout inférieur, parcimonieuse du neuro-gliome du bout supérieur. Pour l'appréciation de la guérison, les auteurs insistent sur certains signes

tels : l'hypo-extensibilité faisant place à une hyper-extensibilité, les phénomènes d'anesthésie douloureuse. M. Sorrel se demande si les différences classiques des résultats des sutures des différents nerfs ne tiennent pas surtout aux différences des distances que doivent parcourir les cylindraxes. Un cas de greffe par moelle de chat a donné un échec.

Un cas de péritonite chronique encapsulante réopérée onze ans après l'intervention. — M. Vuillième. — Rapport de M. Rouhier. — A la première intervention, on dut se limiter, et la réintervention onze ans après montra une progression des lésions.

M. Soupault, sur 5 cas, n'en relève qu'un où il y ait eu progression des lésions après l'intervention.

Utilisation de la soie dans les plasties ligamentaires et tendineuses. — M. Boppe montre tout l'intérêt de la soie dans nombre d'interventions, parmi lesquelles les interventions pour stabilisation de la hanche et en particulier les sacro-spinal plasties.

M. Huc utilise la soie pour un procédé spécial de stabilisation de la hanche chez les paralytiques.

Séance du 16 décembre 1942.

Luxation antérieure du coude sans fracture. — MM. Lavenant et Mousseau. — Rapport de M. Sénèque.

Hémorragies gastriques graves d'origine splénique. — M. Sauvage rapporte un cas dans lequel une splénomégalie modérée et une épreuve de spléno-contraction légèrement positive orientèrent vers l'origine splénique des hémorragies. La splénectomie amena la guérison.

M. Sénèque se demande quelle est la valeur des résultats que l'on obtient par la splénectomie et cite en particulier un cas où des hémorragies, mortelles, reparurent trois ans après l'intervention.

M. Redon apporte un cas analogue à celui de M. Sauvage.

M. Sylvain Blondin a constaté qu'à la suite de deux splénectomies faites en 1929 les hémorragies reparurent chez l'un des malades quatre ans, chez l'autre sept ans après l'intervention.

M. R. Couvelaire rappelle que Grégoire avait déjà remarqué que l'action de la splénectomie était moins constante sur les hémorragies gastriques que sur les autres.

MM. Bazy et Banzet font remarquer que l'absence d'image d'ulcère à la radio ne suffit pas à éliminer ce diagnostic. M. Sénèque rappelle que cette notion est classique.

M. Sauvage pense que les récidives sont facilement explicables dans les cas où une splénomégalie importante s'accompagne de lésions vasculaires irréversibles.

Hernies constatées chez les prisonniers rapatriés. — M. Giraud. — Rapporteur : M. Sauvé.

Jacques Michon.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 17 novembre 1942.

Nanisme rénal avec énorme dilatation congénitale des uretères. — MM. Paisseau, Boppe et Marcel présentent une enfant de trois ans atteinte de nanisme rénal : une double néphrostomie a été suivie d'une amélioration nette du fonctionnement rénal, de la croissance et de l'état général.

Maladie du col vésical. — MM. Boppe et Lelong rapportent la suite de l'observation d'un enfant antérieurement présenté à la Société : il a été lui aussi très amélioré par l'intervention chirurgicale, mais d'un seul côté, et le pronostic reste réservé.

Régression simultanée de la parole et du mode alimentaire, troubles du sommeil, syncopes répétées chez une enfant de trois ans et demi, traitement psycho-éducatif, retour à la normale. — M. Cl. Launay et Mme Borel-Maisonny rassemblent autour d'un cas particulièrement sévère trois autres observations de régression affective survenue dans des circonstances diverses, exposent le pourquoi de cette expression, et étudient les causes et les modalités de ce syndrome de nature psycho-génétique. Rapportant deux autres observations d'états syncopaux et pseudo-syncopaux survenus chez des enfants de quatre et cinq ans à la suite de chocs affectifs plus ou moins évidents, ils concluent à leur nature hystérique et expriment le désir de voir

réserver à l'hystérie à cet âge une place particulière.

L'état sanitaire actuel des enfants. — MM. HUBER et ROUÈCHE présentent à la Société les résultats d'une enquête faite en 1941-1942 par le Comité national de l'Enfance.

Rapport sur l'emploi du salicylate de soude dans le traitement de la maladie de Bouillaud chez l'enfant, son efficacité, sa nocivité. — M. HUREZ conclut ainsi son rapport : 1° le salicylate de soude peut toujours être considéré comme le médicament de choix des manifestations articulaires et plus généralement des atteintes séreuses du rhumatisme articulaire aigu ; 2° son action sur les séquelles cardiaques de cette maladie est nulle, et son efficacité sur les lésions d'endo-myocardite évolutive doit être considérée comme minime ; 3° le salicylate de soude est capable de créer, même administré correctement en milieu alcalin et à doses normales, des intoxications graves, et même parfois mortelles, qui sont à vrai dire assez exceptionnelles ; elles surviennent sans doute chez des sujets prédisposés et se voient souvent avec des produits spécialisés. Il faut donc dans la pratique surveiller quotidiennement l'élimination salicylée et, dès l'apparition des premiers symptômes d'intoxication, suspendre la médication, et le cas échéant instituer un traitement intensif alcalin et gluco-insulinique ; 4° il conviendrait que les spécialités à base de salicylate de soude soient contrôlées et toujours administrées avec des doses suffisantes de bicarbonate de soude.

M. GRENET considère que, si le salicylate de soude donne souvent des résultats peu brillants dans le rhumatisme cardiaque évolutif, son action n'en est pas moins utile et permet parfois des stabilisations que le repos seul n'eût pas suffi à produire ; il faut donc continuer à l'employer dans ces cas, et d'une façon générale dans les diverses manifestations viscérales du rhumatisme articulaire aigu. Le salicylate de soude doit être prescrit avec une dose double de bicarbonate de soude et régulièrement réparti dans la journée, en respectant le sommeil nocturne des malades ; on en donne de 0gr,75 à 1 gramme par année d'âge, sans dépasser 8 grammes par jour. Dans les cas graves ou prolongés, les cures discontinues sont utiles, certaines salicylo-résistances cessant parfois dans ces conditions ; le pyramidon à la dose de 0gr,60 à 0gr,90 est à employer dans l'intervalle des cures de salicylate.

En ce qui concerne l'acido-cétose salicylée, il convient de n'en parler que si on la constate réellement, et ne pas systématiquement lui attribuer les accidents relevant en réalité de l'insuffisance cardiaque.

M. HALLÉ trouve qu'on n'utilise pas assez le salicylate de soude chez l'enfant, le rhumatisme n'est pas toujours articulaire à cet âge, et la médication salicylée est à prescrire dans de nombreux cas mal définis comme traitement pierre de touche.

M. LEREBOULLET est lui aussi d'avis qu'il ne faut pas abandonner la doctrine de l'utilité du salicylate de soude dans le rhumatisme et ses complications cardiaques évolutives ; il faut savoir s'en servir largement et utiliser parfois la voie intraveineuse et même la voie rectale lorsque la voie buccale est mal supportée.

M. CLÉMENT admet que ce qui peut expliquer certains accidents, c'est le terrain ; ils sont notamment plus fréquents chez les hépatiques. Il faut toujours tâter le terrain avant de donner de grosses doses de salicylate, mais celui-ci reste le médicament de choix du rhumatisme articulaire aigu, et il est utile aussi dans les cardiopathies évolutives.

A. BOHN.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 3 décembre 1942.

M. PASTEUR VALLERY-RADOT, président, prononce l'éloge funèbre de M. KLIPPEL, décédé.

Nouvelle contribution à la connaissance des troubles périphéro-centraux réflexes post-traumatiques (sur le type périphéro-pyramidal de ces troubles). — M. J.-A. BARRÉ, à propos d'une nouvelle observation qu'il relate, résume les traits généraux communs à tous les syndromes post-traumatiques dont il a récemment rappelé des exemples : traumatisme initial minime, souvent absolument indolore sur le moment ; puis douleur vive, localisée au début, puis progressivement extensive, suivant une marche ascendante, puis hémiplégique ; troubles de la sensibilité objective, de la tonicité, souvent tremblement suivant la même voie ; enfin syndrome pyramidal déficitaire, auquel ferait suite, au bout de dix ou quinze ans seulement, le syndrome pyramidal irritatif.

Obnubilation épileptique et électro-encéphalogramme. — M. HEUYER rapporte trois observations de grande obnubilation, voisine de la stupeur, qui aurait pu en imposer pour une arriération mentale grave ; l'électro-encéphalogramme, pratiqué dans le laboratoire de M. Baudouin par M. Raymond, a montré la fréquence des ondes lentes et des complexes ondes-pointes, et a permis de considérer ces états comme des « états de mal infracliniques », d'un pronostic mental tout différent.

M. BAUDOUIN insiste sur l'« électro-pronostic » de l'épilepsie. Après la disparition des crises, seul le nettoyage de la courbe électro-encéphalographique autorise à diminuer la dose de barbituriques.

Sur un trouble déréglant la fixation attentive du regard. — M. AUGUSTE TOURNAY, s'appuyant sur quatre observations personnelles, décrit un trouble qui porte essentiellement sur la fixation attentive du regard.

Dans aucun de ces cas, il n'y a eu de trouble moteur ni sensoriel. Le comportement attentif n'a subi aucun affaiblissement ; bien au contraire, les sujets redoublent de tentatives pour scruter du regard les objets et ce qui est mobile, reconnaissant tout parfaitement, mais ayant du mal à tout situer d'emblée vers une moitié du champ du regard.

Le trouble qu'il décrit pourrait avoir son siège dans le liséré de cellules pyramidales géantes qui constitue le *limes parastriatus gigantopyramidalis*, et que l'atlas de von Economo et Koskinos figure à la jonction entre l'*area striata* OC et l'aire parastriée OB.

MM. J. LHERMITTE, R. GARCIN, ANDRÉ THOMAS, VELTER discutent le mécanisme et l'anatomie pathologique des troubles de localisation visuelle.

Essai de traitement de l'épilepsie par l'électrochoc. — MM. J. RONDEPIERRE et J. VIÉ concluent de leurs essais que l'électrochoc ne comporte aucune indication chez les comitiaux à crises espacées, mais que, chez les épileptiques à crises fréquentes, cette méthode permet une amélioration des troubles mentaux et du rendement social.

Sur un syndrome pariéto-temporal d'origine néoplasique ; régression par la radiothérapie. — MM. J. LHERMITTE et HECAEN, chez un homme âgé de cinquante ans, qui fut opéré incomplètement pour une tumeur infiltrée du lobe pariétal et du lobe temporal gauches, ont observé, outre l'hémianopsie droite, une cécité verbale avec agraphie, de l'astéréognosie bilatérale, des troubles de l'autotopognosie et de l'orientation temporelle et spatiale, et surtout une agnosie apraxique géométrique telle qu'on la relève à la suite des lésions qui détruisent les connexions entre le lobe occipital et le lobe pariétal. Après l'application de 5400, on put observer le retour de certaines fonctions : l'orientation corporelle ou autotopognosie, la stéréognosie, la discrimination et l'orientation droite-gauche, l'amélioration considérable des troubles moteurs et sensitifs, tandis que persistaient l'alexie, l'agraphie, l'agnosie géométrique et l'apraxie du même ordre. L'apraxie constructive s'est restaurée complètement, ce qui indique que cette activité pragmatique doit être distinguée de l'apraxie géométrique qui, elle, se montre encore apparente.

Étude anatomo-pathologique d'un cas de syndrome cérébelleux progressif non héréditaire avec abolition des réflexes tendineux des membres. — MM. GEORGES GUILLAIN, I. BERTRAND et Mme GODET-GUILLAIN rapportent l'examen anatomo-pathologique des centres nerveux d'une malade atteinte d'une affection non héréditaire, qui avait débuté à trente-cinq ans et qui s'était caractérisée par un grand syndrome cérébelleux progressif et par l'abolition de tous les réflexes tendineux et périostés des membres ; aucun signe clinique ni humoral de syphilis du névraxe.

Les constatations anatomiques montrèrent une atrophie olivo-ponto-cérébelleuse et une dégénération des cordons postérieurs de la moelle épinière.

Étude anatomo-clinique d'une méningo-encéphalite à « Torula », à forme d'hypertension intracranienne aiguë. — MM. H. ROGER et Y. POURSINES (de Marseille), PITOT et TEMPIER (de Nîmes). — Début brusque par céphalées, vomissements, bientôt stase papillaire, torpeur et coma progressif, mort au bout de trois mois et demi. Liquide ventriculaire louche, contenant 80 lymphocytes, avec benjoin colloïdal positif, Bordet-Wassermann négatif. A l'autopsie : arachnoïdite à type de lymphoplasmocytes, léger œdème du tissu cortical ; très nombreux parasites identifiés à *Torulopsis histolitica*, à prédominance périvasculaire.

J. MOUZON.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Mme Widal, épouse du professeur Widal. — Le Dr Loiseleur (de Laval). — Le Dr Daniel-Philippe Témoin.

MARIAGE. — Le Dr A. Sedel, ancien externe des hôpitaux de Paris, avec Mlle Myriam Stélesco, chirurgien-dentiste D. F. M. P.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Roger Colletas font part de la naissance de leur fils Jean. — Le Dr et Mme Sovaux font part de la naissance de leur fils Francisque. — Le Dr et Mme Bosvieux font part de la naissance de leur fille Isabelle. — Le Dr et Mme F. Derosne (de Douai) font part de la naissance de leur fils René. — Le Dr et Mme Denoix (de Paris) font part de la naissance de leur fils Nicolas.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique cardiologique (Broussais). —Le professeur Donzelot annonce l'ouverture d'un service d'enfants à la clinique cardiologique de l'hôpital Broussais, 96, rue Didot, Paris (XIVe).

Ce service comprend : 1° *Une consultation* (jeudi, à 9 heures), comportant examens clinique, radioscopique et électrocardiographique, pour : *a*. Enfants cardiaques ou suspects de cardiopathies ; *b*. Adolescents désireux de faire du sport ou de l'athlétisme.

2° *Une salle d'hospitalisation boxée* pour enfants cardiaques ou atteints de rhumatisme articulaire aigu.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AIX-MARSEILLE. — Par arrêté en date du 28 décembre 1942, la chaire de physiologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille (dernier titulaire : M. Malméjac, transféré à Alger) est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à dater de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Mlle Rougier, docteur en médecine, a été nommée chef du laboratoire de physiologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Raviart, professeur retraité, est nommé professeur honoraire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Rochet, agrégé, est nommé professeur de chirurgie opératoire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Chailley-Bert, agrégé, est nommé provisoirement, à dater du 15 décembre 1942, professeur de physiologie, en remplacement de M. Santenoise, détaché à l'Institut Pasteur.

M. Bernard Renauld est délégué dans les fonctions de chef de clinique des voies urinaires à dater du 1er janvier 1943 et jusqu'à la fin de l'année scolaire 1942-1943.

M. Louis Pierquin est nommé, à compter du 1er novembre 1942, assistant titulaire de 6e classe de médecine légale.

M. Dominique Ducret est nommé préparateur de cours de physiologie à compter du 1er janvier 1943.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Etienne Roques, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie, est muté dans la chaire de clinique médicale (M. Dalous, retraité). — M. Andrieu, agrégé, est nommé, à dater du 15 novembre 1942, professeur titulaire de la chaire de bactériologie (chaire de pharmacodynamie transformée).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND. — M. Castaigne, directeur, est nommé directeur honoraire.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'Internat en médecine 1942 (épreuves orales). — Tirage au sort du jury par ordre de tirage au sort.

MM. les Drs :

Gautier, Mme Fontaine, Tinel, Milhit, Flaudin, médecins

MM. Lallemand, Padovani, Fey, Brechot, chirurgiens ;

M. Lantuéjoul, accoucheur.

Concours pour douze places d'assistant en chirurgie des hôpitaux. — Tirage au sort de MM. les membres du jury par ordre de tirage au sort.

MM. les Drs :

Charrier, Huet, Meillère, Bergeret, Lahey, Gatellier, Basset, Banzet, Houdard, Moulonguet, chirurgiens ;

M. Levesque, médecin.

Internat de l'hôpital Saint-Joseph. — Un concours sera ouvert à l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris (XIVe), le mardi 16 mars 1943, pour la nomination d'au moins sept internes titulaires et, s'il y a lieu, d'internes provisoires.

Hospices civils de Bordeaux. — M. Jean Polnot est nommé, après concours, chirurgien résidant des hôpitaux de Bordeaux à compter du 16 décembre 1942.

Ont été nommés internes des hôpitaux de Bordeaux après concours : a. *Titulaires* : MM. Depaulis, Dax, Arné, Bouet, Castaing, Carles, Soumireu, Chabbert, Dulong de Rosnay ; b. *Externes en premier* : MM. Saige, Rouyère, Mme Laumonier, MM. Pascal, Martin, Diacono, Doutre.

Après concours, la *Médaille d'or du prix de l'Internat* en 1942, pour la section Médecine, a été décernée à M. Henry Léger, interne de cinquième année.

Sanatorium de la Musse. — Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin du sanatorium de la Musse, près d'Evreux (Eure). Traitement de début : 40 000 francs (avec avantages en nature habituels). Adresser les candidatures avec titres en phtisiologie au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Institution de médecins inspecteurs généraux auprès du ministre secrétaire d'État à la Production industrielle et aux Communications et des médecins conseils auprès des directions techniques. — Le *J. O.* du 9 janvier 1943 publie un décret créant une institution de médecins inspecteurs généraux auprès du ministre secrétaire d'Etat à la Production industrielle.

Médecins inspecteurs généraux. — Par arrêté en date du 17 décembre 1942, sont nommés médecins inspecteurs généraux auprès du ministre secrétaire d'Etat à la Production industrielle et aux Communications :

M. le professeur de la Faculté de médecine de Paris Maurice Duvoir ;

M. le professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris Maurice Sureau ;

M. le professeur Duvoir sera chargé de l'ensemble des études techniques, notamment de celles relatives aux maladies professionnelles.

M. le professeur agrégé Sureau sera chargé des questions spéciales à la main-d'œuvre féminine, de l'organisation administrative générale du service et de la liaison avec les directions du secrétariat d'Etat à la Production industrielle et aux Communications, et avec les divers départements ministériels ou tous autres organismes intéressés aux questions médicales ou médico-sociales.

COURS ET CONFÉRENCES

La Ligue française contre le rhumatisme organise, le samedi 6 février prochain, une séance clinique avec présentation de malades, dans le service du professeur Loeper (hôpital Saint-Antoine, amphithéâtre Hayem), à 10 heures précises.

Sujet : *l'ostéolyse rhumatismale.*

Communications : MM. Loeper et Lesobre, l'ostéolyse rhumatismale ; M. Mouchet, l'ostéolyse post-traumatique ; M. Coste, l'ostéolyse des maladies nerveuses ; M. Weissenbach, maladie de Mickmann.

Conférence du Président de la K. V. D. — *(Communiqué)*- Le mardi 26 janvier 1943, à 20 heures, à la Maison de la Chimie, 28, rue Saint-Dominique, Paris (VIIe) : M. Heinrich Grote, président de la K. V. D. (Union des médecins de caisses d'Allemagne), parlera sur *La protection de la santé publique en Allemagne.*

Entrée libre. La conférence sera faite en langue française.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — Cours d'anatomie pathologique oculaire. — M. Guy Offret, ophtalmologiste des hôpitaux, chef du laboratoire de la clinique, commencera ses conférences le vendredi 5 février 1943, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de Lapersonne (hôpital de l'Hôtel-Dieu), et les continuera les mardis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Les auditeurs désirant recevoir une collection de coupes histologiques sont priés de s'inscrire au laboratoire de la clinique (tous les jours, de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures). Le droit d'inscription est de 300 francs.

Pathologie médicale. — Professeur M. N... — M. le Dr Cachera, agrégé, a repris son cours le mardi 12 janvier 1943, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : *Maladies du tube digestif.*

Institut d'hygiène et d'épidémiologie. — Cours de perfectionnement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène. — Sous la direction de M. L. Tanon, professeur d'hygiène, et de M. P. Joannon, agrégé. Sous-directeur : M. Ph. Navarre. Chef des travaux : M. Marcel Clerc. Assistant : M. Matruchot.

Ce cours, destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés, comprend :

1° Une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° Une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° une série de conférences d'hygiène et d'épidémiologie ; 4° des séances d'instruction dans divers services hospitaliers et des visites d'installations d'hygiène.

Il a commencé le mardi 5 janvier, à 14 heures, pour la bactériologie, et le lundi 1er mars, à 14 h. 30, au laboratoire d'hygiène, pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il durera jusqu'à mi-juin et sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme.

VARIÉTÉS

LES MÉFAITS DE LA CELLULOSE

PAR

Charles RICHET et Gérard DUHAMEL

De nombreux travaux, anciens ou modernes, biologiques ou médicaux, ont été publiés sur la valeur alimentaire de la cellulose. Nous voudrions verser à notre tour quelques faits qui montrent le rôle de la cellulose dans l'alimentation actuelle, et les méfaits que son abondance peut y causer.

De même qu'il y a une vingtaine d'années on établissait la nécessité d'un *équilibre chimique*, les faits que nous observons actuellement nous amènent à penser qu'entre les corps digestibles (protides, lipides, glucides) et les corps non digestibles (celluloses ou mieux cellulosides) doit s'établir un *équilibre pondéral, mécanique*. Un rappel du rôle physiologique de la cellulose est nécessaire pour comprendre ce point.

La cellulose (1) est un corps que les sucs digestifs animaux ne peuvent attaquer (exception faite de la cellulose des gastéropodes). Et pourtant elle forme une masse importante dans l'alimentation des êtres vivants. La flore bactérienne abondante dans le tube digestif des herbivores est capable de réduire en effet en partie cette cellulose en glucose assimilable. Chez l'homme, omnivore, mais plus voisin des carnivores que des herbivores, comme le prouvent le développement peu accentué des molaires, la faible longueur du tube digestif, la capacité minime du gros intestin et le transit rapide, cette flore bactérienne cellulolytique est très réduite, et la cellulose digérée fort peu abondante.

Le rôle de la cellulose chez l'homme est donc *non alimentaire* au sens énergétique du mot, *mais mécanique*. En effet, brassée par le péristaltisme intestinal, cette substance forme une masse spongieuse dont les fibres vont, par capillarité, s'imbiber de liquide, augmenter de volume, et provoquer l'excitation physiologique de l'intestin. La circulation du bol alimentaire puis fécal est ainsi accélérée. L'expérience suivante, réalisée par Mazé et Pettit sur le lapin, démontre l'importance de ce rôle : un régime synthétique donné à ces animaux doit contenir une certaine quantité de cellulose (poudre de liège en l'occurrence), sans quoi l'animal succombe, avec des phénomènes intestinaux et des manifestations d'hépatonéphrite. Chez l'homme, le rôle médicamenteux de la cellulose dans la constipation est bien connu.

Mais, si l'apport de cellulose est accru de façon anormale, un trouble va se dessiner dans l'autre sens. Une partie importante des aliments reste inattaquée entre les mailles du réseau cellulosique, dont la gangue forme obstacle à la pénétration des sucs digestifs. Cette gangue reste de plus imbibée de produits solubles et nutritifs. Le transit intestinal est par ailleurs accéléré. Pour cette triple raison, la déperdition alimentaire va rapidement s'accroître. Une expérience le démontre : si on met des animaux à un régime normal juste suffisant pour que leur poids reste rigoureusement stable, puis qu'on ajoute à ce régime une quantité importante de cellulose, leur poids baisse de façon notable.

Il ne doit donc y avoir ni excès ni insuffisance en cellulose. Si son absence provoque des troubles et constitue la « carence de lest » sur laquelle Fiessinger a insisté, son exagération telle que la crée le régime actuel est également nocive, car elle contribue à l'amaigrissement et elle détermine une réaction intestinale pathologique : la diarrhée.

Envisageons, à l'aide de quelques chiffres, ce que peut être cet équilibre mécanique de la cellulose dans l'alimentation.

***

L'un de nous, avec Roëland, a jadis évalué à 15 grammes la quantité de cellulose ingérée chaque jour par un Parisien soumis au régime normal. Un tel régime, calculé sur la base de 3 000 calories, répond à une masse alimentaire sèche de 650 gr. environ. Le rapport $\frac{\text{cellulose}}{\text{masse alim. sèche}}$ est donc de 2,3 p. 100. Actuellement, on peut évaluer à 1 500 calories la ration quotidienne actuelle d'un Parisien moyen. Mais beaucoup des aliments de cette ration déjà faible sont des légumes, riches en cellulose et en eau; le pain actuel est, d'autre part, quatre fois plus riche en cellulose que le pain blanc (2 p. 100 contre 0,5 p. 100). Ainsi, la quantité de cellulose ingérée est à peu près la même qu'en temps normal, soit 15 grammes par jour, mais la masse sèche totale de l'alimentation est moindre : nous l'avons évaluée à 360 grammes. Le rapport $\frac{\text{cellulose}}{\text{masse alim. sèche}}$ passe donc à 4,4 p. 100. Et, si certains jours et dans certaines conditions il est de 3,5 p. 100, dans d'autres cas il atteint 5 p. 100. L'équilibre mécanique est donc perturbé.

***

L'augmentation de la cellulose dans l'alimentation et la rupture de l'équilibre mécanique qu'elle détermine nous ont amenés à établir une autre notion : celle de la *valeur calorigène négative de certains aliments*.

Théoriquement, l'absorption de 100 grammes d'un légume tel que les radis, la salade, apporte à l'organisme une vingtaine de calories environ. Mais, pour les raisons énumérées plus haut (transit plus rapide, digestion alimentaire insuffisante, perte de substances solubles digérées mais non encore assimilées), on doit se demander si les pertes digestives n'excèdent pas ce faible apport calorique. De *positive* qu'elle est théoriquement, la valeur calorigène de ces légumes riches en cellulose, mais pauvres en éléments énergétiques, risque ainsi de devenir *négative*.

***

Ces notions ne sont pas seulement théoriques ; elles sont, croyons-nous, susceptibles d'expliquer les troubles importants de bon nombre de sujets. Deux constatations actuelles et banales peuvent être faites : l'*amaigrissement* chez des sujets qui paraissaient bien portants, et la *diarrhée*.

L'amaigrissement a été noté par tous les auteurs. Fiessinger vient d'insister à nouveau sur cet amaigrissement, qui apparaît même chez des sujets paraissant ne subir aucune privation alimentaire. Les diarrhées observées actuellement sont fréquentes et tenaces ; les selles sont parfois liquides, parfois dysentériformes. Amaigrissement et diarrhée peuvent être rattachés à un excès de cellulose apportée d'une part par les légumes, d'autre part par le pain.

Ainsi existe la *diarrhée par excès cellulosique*, comme il y a une diarrhée par excès d'amylacé ou par excès protidique.

Les légumes constituent actuellement la base pondérale de l'alimentation. Aussi la seule façon de restreindre notre excès de cellulose serait-elle de diminuer la cellulose du pain. Tout dernièrement, Gaehlinger vient, à l'Académie de médecine, d'attirer l'attention sur l'absurdité de bluter la farine à 98 p. 100, alors qu'il y a au moins 3 ou 4 p. 100 d'impuretés dans le blé (graines, poussières, mauvaises herbes, crottes de souris, etc.). Déjà, contre ce blutage exagéré, d'autres auteurs : Gabriel Bertrand, Fiessinger, s'étaient élevés.

Deux faits de tendance opposée s'affrontent en effet actuellement. L'un médical : le pain actuel provoque des troubles digestifs chez un certain nombre de sujets qui supportaient le pain blanc de jadis ; autrement dit, pour toute cette classe de consommateurs, *le préjugé du pain blanc n'est pas un préjugé*. L'autre psychologique : ceux qui s'intéressent politiquement au problème du pain ont insisté sur la nécessité d'en fournir la quantité pondéralement la plus importante, la plus volumineuse possible.

A cette sensation de masse, qui fait illusion à certains, mais non à tous, d'autres préfèrent une quantité de pain moindre, mais plus assimilable. Autrement dit, au lieu de 275 grammes de pain fait de farine blutée à 98 p. 100, nombreux sont ceux qui consommeraient plus volontiers 225 grammes de pain fait de farine blanche, blutée à 80 p. 100.

Le nombre de troubles digestifs que nous avons constatés nous amène à penser qu'un choix pour le consommateur devrait être possible, au besoin sur le vu d'un certificat médical.

Bien entendu, il conviendrait de fournir un nombre de tickets plus élevé pour obtenir ce pain blanc : 275 grammes de tickets de pain actuel correspondraient à 225 grammes de tickets de pain avec de la farine blutée à 80 p. 100.

(1) Nous parlons ici de la cellulose comme si elle constituait un corps bien défini. Or il y a une infinité de celluloses, dont les propriétés sont variables. Ce que nous disons ne s'applique qu'à la seule cellulose fournie par les aliments préparés de façon habituelle.

C'est ce qui est déjà réalisé pour certains produits : biscuits, biscottes, mais leur prix d'achat est trop élevé pour être accessible à tous.

Favorable à l'alimentation de certains animaux, nuisible à la nutrition de l'homme, le son serait ainsi libéré en quantité non négligeable : il cesserait de provoquer troubles digestifs et généraux que nous avons indiqués.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 janvier 1943.

L'utilisation des viandes maigres. — M. MARTEL donne lecture d'un rapport au nom de la commission du rationnement alimentaire :

La ration alimentaire, dit-il, est pauvre en protéine et en graisse.

On envoie chaque jour des abattoirs à l'équarrissage des quantités de viandes (maigres, jeunes...) qui doivent être récupérées. On a trop gaspillé de viandes encore alibiles.

L'application d'un système de primes à l'abatage des veaux a fait envoyer, du 24 août au 23 septembre 1942, des milliers de bovins maigres et affamés sur la Villette, 700 à 800 tonnes de viandes (animaux morts d'épuisement : 333 gros bovins, 434 veaux) ont été perdues. 446 autres tonnes (284 bovins adultes, 162 veaux) furent envoyées à l'équarrissage comme défectueuses par application d'une circulaire trop exigeante.

On doit récupérer ces viandes de sujets maigres ayant eu faim, les viandes d'animaux jeunes et, en général, les viandes simplement défectueuses, encore saines.

Nous l'avons fait en 1914, 1915 et 1916. P. Roux, à Rennes, récupère 6 à 8 tonnes par mois (44 tonnes au début en huit mois, 1941-1942).

Les gras de porcs peuvent être aussi récupérés à l'abattoir (pannes de porcs saisis pour certaines formes de tuberculose ; pannes et lards de porcs atteints de cysticercose ou « ladrerie »).

La récupération doit se faire sans organisme industriel ou commercial interposé. Il faut écarter les marques faisant l'objet de brevets (pâtés...) ou de savantes réclames relatives à de fantaisistes dénominations « escalopes de... »).

On doit, enfin, définir exactement ce qu'il faut entendre au sujet de la stérilisation par la « vapeur sous pression ».

Antropométrie d'une fille de quatorze ans de petite stature. — M. PIERRE NOBÉCOURT.

Considérations sur l'hypertension des amputés de guerre. — M. BALTHAZARD a examiné 250 amputés, pris au hasard parmi les membres de la Fédération des amputés, qui n'avaient formulé aucune revendication. Or la courbe des moyennes des tensions artérielles est de même forme pour eux que pour ceux qui ont formulé des demandes de pension. Ils ont également de l'hypertension à partir de cinquante ans, âge auquel la tension s'élève quelle que soit la cause de l'hypertension. Sont surtout génératrices d'hypertension les amputations hautes de bras ou surtout de cuisse.

M. Balthazard considère comme une présomption d'origine le fait que le blessé est amputé du membre inférieur à la cuisse ou du membre supérieur au bras, surtout au bras gauche. A ce moment, il considère le cas de chaque mutilé comme un cas d'espèce et recherche chez lui une ou plusieurs causes accessoires : suppurations prolongées du moignon, gangrène gazeuse qui nécessite l'amputation, névrome, l'épilepsie du moignon, les troubles névropathiques causés par le changement de vie, complications infectieuses ou toxiques, obésité en rapport avec la sédentarité, etc.

Lorsque ces causes sont la conséquence exclusive de

l'amputation, celle-ci est elle-même la cause exclusive des troubles cardiaques.

A propos des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires. — M. Roger Leroux. — Les tumeurs « dites mixtes » des glandes salivaires sont des épithéliomas si l'on se fonde sur les arguments cliniques et histologiques. Elles représentent parfois des formes évolutives « bridées », mais cette éventualité est loin d'être la règle. Elles rentrent vraisemblablement dans le cadre général des épithéliomas des glandes en grappe ou en nappe (mammaires, bronchiques, cutanées, etc...). C'est en considérant ces tumeurs comme des épithéliomas que l'on doit diriger les recherches thérapeutiques sur la meilleure méthode à employer à leur endroit.

Données expérimentales relatives au traitement de la syncope respiratoire anoxémique par quelques analeptiques. — MM. H. Hermann et J. Jourdan (de Lyon).

Séance du 12 janvier 1943.

Notice. — M. Baumgartner lit une notice nécrologique sur M. Begouin (de Bordeaux), correspondant national.

Infection humaine massive par cultures de bacilles typhique ou paratyphique B. Résultats de la vaccination spécifique par la méthode des vaccins à l'éther. — M. H. Vincent.

Le dépistage simultané de la syphilis et de la tuberculose. L'examen systématique des procréateurs. — M. le professeur Gougerot présente deux communications importantes du Centre de médecine préventive de Nice ; remarquablement dirigé par le Dr Boisseau.

Dans la première note, M. Boisseau, avec MM. Bouisson et Pellegrin, insiste sur « le dépistage simultané de la syphilis et de la tuberculose dans les collectivités ». D'ordinaire, on ne cherche que la tuberculose, et trop souvent les phtisiologues ne s'intéressent pas au dépistage de la syphilis et de la gonococcie. Boisseau a démontré que les dispensaires antivénériens pouvaient, avec le plus grand succès, faire en même temps le dépistage de la tuberculose. C'est un exemple à suivre dans les deux sens : que les phtisiologues ne négligent pas les maladies vénériennes ; que les dermato-syphiligraphes pensent à la tuberculose.

Dans la deuxième note, M. Boisseau, avec M. Ciaudo, a montré « l'importance de l'examen systématique des procréateurs par la consultation prénatale paternelle ».

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 janvier 1943.

M. Ribadeau-Dumas, président sortant, rappelle brièvement l'activité de la société durant l'année écoulée ; puis M. Grenet, président actuel, prononce une courte allocution.

Traitement des équivalents de l'asthme par des antihistaminiques (2325 et 2339 R. P.). — M. P. Mollaret présente une communication de M. Ph. Decourt.

L'auteur a étudié l'action de la thérapeutique antihistaminique sur divers équivalents de l'asthme (coryza spasmodique, œdème de Quincke, urticaire, etc...). De l'ensemble de ses essais, il tire la conclusion que les équivalents de l'asthme réagissent de la même façon que l'asthme lui-même à la thérapeutique anti-histaminique. L'auteur constate les mêmes différences d'action d'un sujet à l'autre, les mêmes différences considérables entre l'action préventive et l'action curative sur la crise. Il ne semble pas y avoir de résistance vraie à la thérapeutique anti-histaminique pour les équivalents de l'asthme, mais les phénomènes d'intolérance empêchent trop souvent d'atteindre les doses actives. La dose minimum active paraît d'autant plus faible que l'affection paraît plus étroitement de nature allergique. La durée d'action n'excède pas deux à quatre heures. Dans le rhume des foins, les anti-histaminiques ne « bloquent » pas l'écoulement nasal en provoquant un œdème sous-muqueux du cavum, comme le font les sympathomimétiques.

A propos des troubles provoqués par les antagonistes de l'histamine. Action du sucre dans un cas d'absorption massive d'Antergan (2339 R. P.). — Aux doses thérapeutiques usuelles, l'Antergan peut provoquer deux ordres de troubles : les uns gastriques, dus à l'irritation de la muqueuse, peuvent être évités en faisant absorber le médicament en même temps que des aliments qui le diluent dans l'estomac ; les autres (vertiges, nausées, vomissements) paraissent d'origine nerveuse centrale. Le fait que les vertiges apparaissent avec toutes les substances antihistaminiques conduit à penser qu'ils sont liés à l'action anti-histaminique elle-même.

L'absorption massive d'Antergan (un gramme en une heure) amena chez une jeune malade des troubles alarmants (angoisse, dyspnée, troubles vaso-moteurs périphériques) qui disparurent totalement en un quart d'heure, après absorption de quatre cuillerées à café de miel. On peut donc dire qu'au total les troubles dus à l'Antergan, susceptibles de gêner parfois la thérapeutique et même de prendre un aspect impressionnant, demeurent toujours bénins, même lorsque le médicament a été absorbé à dose excessive.

Les résultats de l'électro-choc en psychiatrie. — MM. Jean Delay, Fouquet et Maillard rapportent les résultats d'une statistique portant sur 1 000 électrochocs. L'action est électivement holothymique et modifie le tonus affectif de base. Les résultats sont remarquables dans les affections hyperthymiques telles que la manie et la mélancolie, variables dans une affection athymique comme la schizophrénie. Les états obsessionnels, les délires chroniques, les démences ne sont améliorés que dans la mesure où un élément thymique se surajoute à ces états intellectuels.

L'électro-choc est susceptible d'entraîner divers accidents : fractures et luxations, apnée prolongée, abcès gangreneux du poumon, accès confusionnels, amnésies. Ces dernières sont très fréquentes (75 p. 100 des cas); mais guérissent et ne sauraient restreindre les indications d'une méthode qui constitue un immense progrès en thérapeutique psychiatrique.

M. Ph. Decourt demande si le recul actuel est suffisant pour apprécier la durée des guérisons obtenues.

M. Halle demande quelles sont les contre-indications de la méthode. Selon M. Delay, ni l'âge, ni la tuberculose pulmonaire, ni les troubles cardiaques ne constituent des contre-indications.

M. Jean Lereboullet insiste sur la nécessité de n'appliquer la méthode qu'avec discernement. Il estime que l'électrocardiogramme n'aide que médiocrement à poser les indications et les contre-indications. La seule contre-indication absolue est la grossesse.

M. Ameuille estime, lui aussi, que la tuberculose pulmonaire ne représente pas une contre-indication de l'électro-choc.

M. Lenègre est de l'avis de M. Lereboullet, concernant l'inutilité de l'électrocardiogramme dans le choix des indications de la méthode.

Amyotrophie radiculaire chez une parkinsonienne postencéphalitique. — MM. Lucien Rouquès, J. Pautrat et P. Desclaux rapportent l'observation d'une femme de trente-sept ans ayant présenté en 1929 une encéphalite épidémique compliquée après quelques mois d'un syndrome parkinsonien. En 1935, un syndrome radiculaire inférieur droit se constitua en quelques semaines et ne semble pas avoir évolué depuis. Du côté gauche, on trouve l'ébauche des mêmes signes. C'est un exemple typique de ces séquelles radiculaires signalées lors de l'apparition de l'épidémie d'encéphalite et qui paraissent être devenues rares actuellement.

Syndromes parkinsonien et de poliomyélite antérieure chronique associés. — MM. Lucien Rouquès, J. Pautrat et P. Desclaux rapportent l'observation d'un homme de cinquante-trois ans chez qui évoluent progressivement depuis six ans un syndrome parkinsonien bilatéral et des signes unilatéraux d'atteinte des cornes antérieures au niveau des segments C_5, C_6, C_7, L_5, S_1 et S_2. Rien ne permet d'incriminer l'encéphalite épidémique ou la syphilis chez ce malade.

Les auteurs remarquent, à propos de ce cas, qu'on a trop souvent tendance à rattacher par principe à l'encéphalite épidémique les syndromes parkinsoniens préséniles dont l'étiologie n'est pas évidente Aucun critère biologique ou histologique ne justifie cette manière de faire, et il n'est pas même possible d'affirmer qu'il s'agit de la séquelle d'une lésion infectieuse plutôt que d'un processus dégénératif.

M. Garcin rappelle que, si certaines observations établissent l'existence de lésions périphériques au cours de l'encéphalite épidémique, la nature encéphalitique de polyradiculonévrites dites « formes basses » de l'encéphalite demeure très douteuse. Le problème étiologique de certains syndromes parkinsoniens préséniles demeure fort obscur.

M. Ph. Decourt souligne l'incertitude où l'on est de rattacher à l'encéphalite épidémique des syndromes radiculonévritiques diffus. Il rappelle une observation de polyradiculonévrite suivie deux ans plus tard de l'apparition d'un syndrome parkinsonien, qui pose le problème sans le résoudre.

Valeur de la dose unique massive et de la sulfamido-

thérapie locale associée. — MM. F. Coste, M. Gaucher et M. Goury-Laffont rapportent plusieurs observations où, en substituant à la posologie classique par doses étalées le procédé de la dose unique massive, combiné à la sulfamidothérapie locale (en particulier avec une suspension huileuse injectable de sulfothiazol), des succès furent obtenus dans diverses affections sulfamido-résistantes. Cette technique paraît convenir à certains cas de rhumatisme. Elle doit être utilisée surtout lorsque les foyers à atteindre siègent en des régions ou tissus difficilement imprégnables par le médicament sulfamidé.

Roger Pluvinage.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 novembre 1942.

Action du chlorhydrate de morphine et du phosphate de codéine sur le choc anaphylactique du lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Holtzer ont constaté que le chlorhydrate de morphine n'a pas d'action protectrice contre le choc anaphylactique du lapin, et que le phosphate de codéine a une action protectrice, mais de courte durée.

Cessation spontanée des effets inhibiteurs de l'acétylcholine sur le cœur isolé de grenouille. Causes de ce phénomène. — M. Robert Tiffeneau et Mlle Marcelle Beauvallet interprètent la cessation spontanée des effets inhibiteurs de l'acétylcholine sur le cœur isolé de grenouille comme résultant de l'inactivation, probablement par hydrolyse estérosique, de l'acétylcholine fixée sur l'organe. Le poison ainsi inactivé continue à occuper les récepteurs cellulaires sur lesquels il s'était fixé ; mais cette fixation est fragile, et un simple brassage du liquide de perfusion suffit à la rompre. Une nouvelle quantité d'acétylcholine se fixe alors sur les récepteurs, d'où, après le brassage, réapparition de l'effet inhibiteur initial. En effet, au cours de brassages successifs, le liquide de perfusion s'appauvrit progressivement en acétylcholine jusqu'à complet épuisement.

Remarques sur les taux sanguins de la vitamine P-P. — MM. Y. Raoul, A. Vallette, J. Marche apportent les résultats de 80 nicotinamidémies dosées selon le procédé d'Y. Raoul et Mlle Crépy. Dans 31 cas, le taux s'inscrit entre 3 et 6 milligrammes, c'est-à-dire dans une zone considérée jusqu'ici comme franchement pathologique, alors que n'existait dans aucun de ces cas, ni de près, ni de loin, de signes d'avitaminose nicotinique. Il importe donc d'élargir vers le bas les taux considérés jusqu'ici comme normaux. Il est vraisemblable que les conditions alimentaires actuelles expliquent cette tendance à l'abaissement.

Antigènes glucido-lipidiques et « englobement » phagocytaire. — M. A. Delaunay a vu, dans les conditions d'expérience réalisées à la fois *in vivo* et *in vitro*, de fortes concentrations d'antigène glucido-lipidique ne pas gêner l'englobement de microbes vivants par les leucocytes. Les antigènes glucido-lipidiques favorisent l'infection non pas en empêchant l'englobement des bactéries par les phagocytes, mais en entravant l'afflux des globules blancs aux points contaminés.

Titrage de la valeur curative des arsénoïques chez la souris atteinte de syphilis expérimentale cliniquement inapparente. — M. C. Levaditi s'est servi de la souris atteinte de syphilis expérimentale cliniquement inapparente pour l'évaluation de l'activité thérapeutique non plus des novarsénobenzènes, mais du diamino-dihydroxy-arsénobenzène-tétraéthyl-carbonate diméthylène-sulfite de Na. La dose curative limite se situe entre 0gr,05 et 0gr,025 par kilogramme.

Utilisation de la souris atteinte de syphilis expérimentale cliniquement inapparente pour le titrage du pouvoir curatif du bismuth. — M. C. Levaditi a pu montrer, chez la souris atteinte de syphilis expérimentale cliniquement inapparente, que la dose de bismuth capable de déterminer la lyse totale des tréponèmes est située entre 1 milligramme et 0mgr,5 p. 20 grammes, soit entre 0gr,05 et 0gr,025 par kilogramme.

Le nombre des tréponèmes dispersés dans les diverses zones électives diminue progressivement à partir de la vingt-quatrième heure. Rares le troisième jour, les parasites sont complètement lysés entre le cinquième et le dixième jour. La lyse spirochétienne s'effectuerait avec

la même vitesse sous l'influence du bismuth et des novarsénobenzènes.

Séance du 9 décembre 1942.

Variations de la lacticémie au cours de l'hyperglycémie provoquée chez les néphrétiques. — MM. P. Harvier, M. Rangier et P.-M. de Traverse montrent que les variations de la perméabilité rénale ne semblent pas agir d'une façon constante sur la rétention de l'acide lactique au cours de l'hyperglycémie provoquée. Par contre, lorsque la lésion rénale influence le métabolisme des glucides, on voit la lacticémie subir des modifications semblables à celles antérieurement signalées chez le diabétique.

L'action de la vagotonine sur la glycémie du lapin. — MM. D. Santenoise, G. Valette et E. Stankoff signalent que l'hypoglycémie produite par la vagotonine est toujours faible comparativement à celle que produit l'insuline, et que le seuil d'action correspond à une dose de 8 milligrammes par kilogramme ; mais l'hypoglycémie produite par la vagotonine est plus durable, la différence pouvant dépasser trois heures pour un même abaissement du taux du glucose sanguin.

Action du chlorhydrate d'yohimbine sur le tractus génital de la rate blanche. — MM. H. Bulliard et Ph. Kfouri ont employé des doses peu toxiques et ont constaté un allongement du cycle œstral allant parfois jusqu'à sa suppression.

Test vaginal biochimique de l'hyper- ou de l'hypofolliculinémie chez la femme. — M. Chappaz signale que le bacille de Döderlein existe dans le vagin seulement si la quantité de folliculine est normale ou exagérée dans le sang ; on ne le trouve pas en cas d'hypofolliculinémie. Une aménorrhée avec bacilles nombreux est une aménorrhée par hyperfolliculinémie.

Mesure percutanée de l'excitabilité musculaire. — M. et Mme A. Chauchard et M. Paul Chauchard, en appliquant deux pointes d'argent au niveau du corps du muscle sur la peau, ont atteint électivement l'excitabilité musculaire sans être gênés par l'excitabilité nerveuse. Ils constatent ainsi que l'influence des centres nerveux, et notamment la différence chronaxique entre antagonistes, ne se fait pas sentir sur les muscles.

Chimiothérapie de la tuberculose expérimentale du cobaye par certains dérivés du chaulmoogra. — MM. Buü-Hoï et A.-R. Ratsimamanga, dans une note présentée par M. A. Giroud, attribuent l'échec des acides du chaulmoogra dans le traitement de la tuberculose à leur toxicité, liée à la présence des doubles liaisons éthyléniques qui perturbe le fonctionnement surrénalien et le métabolisme de l'acide ascorbique.

Chimiothérapie de la tuberculose expérimentale avec du dihydrochaulmoograte d'éthyle associé aux dérivés cinnamiques. — MM. Buü-Hoï et A.-R. Ratsimamanga, dans une note présentée par M. A. Giroud, constatent que la saturation des doubles liaisons empêche en grande partie l'effet toxique des acides du chaulmoogra tout en conservant l'action inhibitrice sur les bacilles tuberculeux. L'utilisation d'un autre toxophore, l'acide cinnamique, leur a paru intéressante.

L'association du dihydrochaulmoograte d'éthyle et du cinnamate de dihydrochaulmoogryle déterminerait un ralentissement de la tuberculose expérimentale et une diminution de la mortalité.

Détermination, par la méthode de floculation, de la valeur antigène de la toxine et de l'anatoxine du bacille de Preisz-Nocard. — M. G. Ramon a pu, grâce à une méthode de floculation analogue à celle utilisée couramment pour l'appréciation de la valeur de l'antigène diphtérique (toxine ou anatoxine), déterminer le pouvoir antigène de la toxine et de l'anatoxine du bacille de Preisz-Nocard.

Le milieu à base de digestion papaïnique de viande de cheval et la production de la toxine du bacille de Preisz-Nocard. — MM. G. Ramon, L. Nicol et R. Richou ont pu produire, à l'aide du milieu à base de digestion papaïnique de viande de cheval et d'une souche appropriée de bacille de Preisz-Nocard, une toxine et, partant, une anatoxine de valeur antigène relativement élevée.

**Étude expérimentale de l'immunité active produite soit par l'anatoxine, soit par un vaccin à la fois anatoxique

et anavirulent à l'égard de l'infection par le bacille de Preisz-Nocard. — MM. G. Ramon, L. Nicol et B. Virat sont arrivés, tant par l'anatoxine que par le vaccin anatoxique et anavirulent, à conférer au lapin l'immunité antitoxique spécifique et l'état réfractaire à l'égard de l'infection par le bacille de Preisz-Nocard. De tels résultats permettent d'envisager l'emploi de ces substances dans la thérapeutique spécifique des affections animales dont l'agent est le germe de Preisz-Nocard.

Bases de l'opacimétrie des suspensions. — M. A. Dognon a établi que l'opacité d'une suspension croît avec la distance de la cuve au récepteur photo-sensible. Pour deux distances données, la plus grande et la plus faible possibles, le rapport d'opacité est surtout fonction de la grosseur des grains.

Méthode d'étude opacimétrique des états de préfloculation des suspensions: Application à la réaction du benjoin colloïdal. — MM. A. Dognon et A. Dumontet ont constaté que le rapport des opacités d'une suspension, défini dans la note précédente, croît très vite avec la grosseur des grains. L'adjonction de chlorure de sodium à une suspension de benjoin le fait croître aussitôt : il n'y a floculation visible que s'il dépasse une certaine valeur. Une réaction du benjoin colloïdal peut être lue aussitôt et quantitativement par l'étude du rapport. On peut aussi prévoir la valeur d'une suspension de benjoin, et employer celles qui seraient impropres à donner une floculation visible.

Influence de l'orthostatisme sur le taux des protides du sérum du sang. — MM. H. Gounelle, M. Bachet et R. Sassier ont vu l'orthostatisme déterminer une élévation très rapide du taux des protides sanguins, notamment de la sérine, qui s'élèverait en position debout de 5 à 18 grammes p. 1 000. Il importerait donc, en pratique médicale, de préciser les conditions du prélèvement sanguin (en orthostatisme ou clinostatisme).

Élections. — M. Portier est élu président de la Société de biologie ; MM. Pasteur Vallery-Radot et Schaeffer sont élus vice-présidents ; MM. Joly, Binet et Verne réélus secrétaire général, trésorier et bibliothécaire.

F.-P. Merklen.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 15 décembre 1942.

Un cas de péritonite encapsulante opéré. — MM. Milhit, Boppe et Maignant rapportent l'observation d'une fillette de quatorze ans opérée et guérie d'une péritonite encapsulante, affection rare chez l'enfant et d'étiologie mal déterminée, ayant, dans certains cas, des rapports avec la tuberculose; la cuti-réaction était négative dans l'observation rapportée.

M. Sorrel considère que l'absence de cuti-réaction positive n'est pas une preuve que la maladie n'est pas de nature tuberculeuse ; cela se voit dans un certain nombre de tuberculoses osseuses.

M. Cathala connaît trois cas de tuberculose intestinale grave ayant abouti à la mort, dont le diagnostic ne fut fait que par les examens histologiques pratiqués *post mortem*, la cuti-réaction et l'intradermo-réaction ayant été négatives.

M. Lamy s'élève vivement contre une telle opinion ; il ne connaît aucun cas de tuberculose authentique sans réaction tuberculinique positive à condition de faire, si la cuti-réaction est négative, des intradermo-réactions à la tuberculine avec des doses progressivement croissantes.

M. Sorrel n'a pas voulu dire que les réactions tuberculiniques n'ont pas d'importance, mais leur valeur n'est pas absolue ; il maintient que certaines tuberculoses peuvent évoluer pendant des années et guérir sans jamais s'accompagner d'une cuti-réaction positive, comme certains abcès froids dont le pus tuberculise cependant le cobaye.

M. Lesné conseille, en cas de suspicion de tuberculose, lorsque la cuti-réaction est négative, de faire des intradermo-réactions jusqu'au dixième ou au cinquième, les dilutions de 1/200 et 1/100 n'étant pas suffisantes.

M. Cathala conclut en disant que la pratique courante, qui consiste à faire des cuti-réactions successives, puis une intradermo-réaction au centième, n'est pas suffisante et peut conduire à des erreurs de diagnostic.

M. Lamy considère que les injections intradermiques de tuberculine à doses progressives constituent une tech-

nique partout utilisable, et qu'il est dangereux de dire que la cuti-réaction négative est sans valeur ; il est vraiment rare d'avoir besoin de recourir aux intradermo-réactions à des concentrations croissantes pour appuyer un diagnostic de tuberculose.

Un cas de myopathie. — M. GRENET.

Deux cas de maladie de Gaucher traités par la splénectomie. — MM. GIRAUD, R. BERNARD et M. SANSOT (de Marseille).

Méningo-encéphalite due à l'hérédo-syphilis tardive ayant débuté par un syndrome adiposo-génital, s'étant manifestée par une paraplégie spasmodique type Marfan et évoluant vers la paralysie générale infantile. — MM. BOUDET, BOUCOMONT, BALMES et PASSOUANT (de Montpellier).

Les signes ophtalmoscopiques de la tuberculose au cours de la méningite tuberculeuse et de la granulie. — M. DOLLFUS a pu examiner le fond d'œil dans 16 cas de méningite tuberculeuse et 5 cas de granulie : il y avait des tubercules choroïdiens dans cinq des premiers cas et dans quatre des seconds ; seul l'examen systématique peut mettre en évidence de telles lésions, car des troubles visuels sont rarement observés.

Brachy-œsophage et dolichocôlon. — MM. J. MARIE, R. MALLET et F. PIOT rapportent l'observation d'un nourrisson vomisseur atteint de ces deux malformations ; la première, suspectée dès le début, resta méconnue lors de plusieurs examens radiologiques et ne fut découverte qu'au cinquième examen. Il est donc nécessaire, comme l'ont bien montré MM. Lelong et Aimé, d'avoir recours aux radiographies instantanées en série.

Les vomissements s'atténuent et disparaissent lorsque l'enfant se met à marcher.

M. LAMY a observé un cas analogue qui s'améliora rapidement par les repas épais donnés en position verticale.

M. LELONG insiste sur certaines particularités du brachy-œsophage du nourrisson : nécessité des sério-radiographies instantanées pour assurer le diagnostic, difficultés du diagnostic avec la hernie diaphragmatique de l'estomac; fréquence des petites hématémèses, fréquence de l'association de cette malformation congénitale avec d'autres malformations digestives ou extra-digestives, latence de la malformation dès que l'enfant devient capable de vivre en position orthostatique.

M. LÉVESQUE, puis M. MARQUÉZY considèrent qu'il n'est pas toujours possible de distinguer la hernie diaphragmatique de l'estomac et le brachy-œsophage.

A. BOHN.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr J. Mangin (de Château-Salins). — Le Dr Florent Martigny (de Paris). — Mme Ernest Jacquet, épouse du Dr Jacquet et sœur du professeur Polonovski, membre de l'Académie de médecine. — Le Dr Carron de La Carrière (de Domagné, Ille-et-Vilaine).

FIANÇAILLES. — Mlle Christiane de Beauréal, fille du Dr baron de Bauréal, électro-radiologiste, avec M. F. Herremans.

MARIAGES. — Mlle Marie-Thérèse Delobel, fille du Dr Delobel (de Lille), avec M. Pierre Jullien. — Mlle J. Legrand, fille du Dr Legrand (de Barlin, Pas-de-Calais), avec le Dr Etienne Andrieux.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme M. Sacré font part de la naissance de leur fils Guy. — Le Dr et Mme Henninot-Deregnaucourt font part de la naissance de leur fils François. — Le Dr et Mme H. Descamps font part de la naissance de leur fille Geneviève.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ ET DE L'ASSISTANCE. — Par arrêté du 26 novembre 1942, M. Coulon, médecin inspecteur de la Santé de la Corse, est chargé des fonctions d'inspecteur général de la Santé et de l'Assistance.

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Chalut, médecin inspecteur de la Santé, précédemment en congé de longue durée, a été affecté au département de la Vienne, à compter du 1er janvier 1943.

M. le Dr Giorgi a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du Var, au maximum pour la durée des hostilités.

M. Olieu, médecin inspecteur de la Santé du département de l'Isère, est affecté, en la même qualité, au département des Alpes-Maritimes.

Mlle Thomas a été nommée médecin inspecteur adjoint de la Santé intérimaire de l'Aude au maximum pour la durée des hostilités.

M. Gerlinger a été nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé intérimaire de la Vienne (zone non occupée), au maximum pour la durée des hostilités.

M. Studer est nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé intérimaire du Gers, au maximum pour la durée des hostilités.

FACULTÉS

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par arrêté du 30 décembre 1942, M. Beauvieux (Jean), agrégé chargé d'enseignement près la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé, à titre provisoire, à dater du 1er janvier 1943, professeur de clinique ophtalmologique à cette même Faculté, en remplacement de M. Teulières, décédé.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Assistants en chirurgie. — Jury (*ordre du tirage au sort*) : chirurgiens : MM. Charrier, Huet, Meillière, Bergeret, Lahey, Gatellier, Basset, Banzet, Houdard, Moulonguet. — Médecin : M. Levesque.

Internat de la Maison de Saint-Lazare. — Un concours pour l'admission à trois emplois d'interne en médecine et pour la désignation de six internes provisoires aura lieu le lundi 15 mars 1943, à la Préfecture de Police de Paris.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de Police (sous-direction du personnel). Il sera clos le 13 février 1943, à 16 heures.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Prix de l'Académie de chirurgie. — Prix à décerner en 1943 : *Prix Duval-Marjolin*, annuel (300 fr.). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1943.

Prix Edouard-Laborie, annuel (1 200 fr., *anonyme*). — A l'auteur d'un travail sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Dubreuil, annuel (400 fr.). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Le Dentu, annuel. —A l'interne médaille d'or de chirurgie en 1943.

Prix Jules-Hennequin, bisannuel (1 500 fr.). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain. Ce prix ne peut être partagé.

Prix Ricord, bisannuel (300 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre société.

Les travaux des concurrents devront être adressés au Secrétaire général de l'Académie de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (6e), avant le 1er novembre 1943.

Prix de la Société médicale des hôpitaux de Paris. — Dans sa séance du 8 janvier 1943, les membres de la Société ont accepté les sujets suivants pour les prix de la Société :

1° *Prix Legendre*, au titre de 1942 (3 000 fr. triennal). — Sujet : le secret médical en face des réglementations de la médecine sociale (mémoires à déposer avant le 1er novembre 1943).

2° *Prix Gingeot*, au titre de 1943 (1 500 fr. triennal). — Sujet : foie et avitaminoses (mémoires à déposer avant le 1er novembre 1943).

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre national des médecins. Conseil supérieur de l'Ordre. — *Protection des intérêts des médecins prisonniers.* — La Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers poursuit ses efforts pour apporter aux confrères retenus en captivité en Allemagne toute l'aide morale et matérielle dont ils peuvent avoir besoin. Elle eût voulu voir se réaliser la relève générale, telle qu'elle avait été envisagée l'an dernier, mais ses espérances ont été déçues. A l'heure actuelle, seule la relève individuelle reste possible dans certaines conditions. Cet état de fait ne dépend ni de la Commission, ni du Service de santé militaire, ni de l'Administration centrale. Il n'y a donc qu'à s'adapter à ces circonstances si lourdes et à surmonter le présent tout en préparant l'avenir.

Supplément de charbon-maladie. — L'attention du Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins a été à nouveau attirée par la Préfecture de la Seine sur les conditions dans lesquelles doivent être établis les certificats médicaux pour l'obtention du « supplément de charbon-maladie ».

Nous les reproduisons ci-dessous :

La mention diagnostic n'est pas à figurer.

Le certificat médical doit spécifier : ou bien qu'il s'agit d'une affection *aiguë fébrile d'une durée égale ou inférieure à huit jours ;*

Ou bien qu'il s'agit d'une affection *aiguë fébrile d'une durée supérieure à huit jours.*

Les médecins sont priés de se conformer à ces instructions.

Il n'est pas prévu d'allocation de charbon pour maladies chroniques.

Avis de concours pour la nomination du directeur du laboratoire départemental du Loiret. — Un concours pour la nomination du directeur du laboratoire départemental du Loiret aura lieu à Paris, dans la première quinzaine de mars.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur régional de la santé et de l'assistance à Orléans, 26, boulevard Alexandre-Martin.

COURS ET CONFÉRENCES

Laboratoire de bactériologie. — *Cours complémentaires.* — Le professeur Gastinel et le Dr Henri Bonnet, agrégé, chef des travaux, commenceront, le lundi 22 mars 1943, à 14 heures, un cours complémentaire de bactériologie. Le cours, qui aura lieu au laboratoire de bactériologie, continuera les mardis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, et cessera le 3 juillet.

Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations. Les auditeurs seront exercés aux techniques microbiologiques et immunologiques appliquées au diagnostic des maladies infectieuses de l'homme.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Clinique chirurgicale et gynécologique. — *Cours de perfectionnement de gynécologie* du professeur Jeanneney. — Avec la collaboration de MM. les professeurs Avel (Faculté des sciences), Duhreuil, Joulia, Papin, Rechou, Rocher ; de MM. les professeurs agrégés Magendie, Rivière, et de MM. les Drs I. Bernard, Cator, Glaunes, Hirtz, Liard, Rosset, Servantie.

Pendant les *Journées gynécologiques* qui coïncideront avec ce cours, des exposés spéciaux seront donnés par MM. les professeurs Courrier (Collège de France), Mocquot, Portes, Desmarest (Paris), Binet (Nancy), Foucault (Poitiers), et MM. les Drs Beauchant (Poitiers), Béclère, Douay, Maurice Fahre, de Fonhrune (Institut Pasteur), Huet, Jayle, Palmer, Pierra, Simonnet, Turpault, Varangot (Paris, etc..).

Du jeudi 11 au jeudi 18 mars 1943.

Démonstrations et exercices pratiques pour médecins et étudiants : *Matin* (9 h. 30 à 12 h.) : deux leçons cliniques et une leçon de physiologie ;

Soir (16 h. 30 à 19 h.) : exercice pratique de thérapeutique (une trousse de gynécologie sera offerte aux auditeurs).

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux: droit d'inscription, 100 francs.

Un certificat sera délivré aux médecins qui auront suivi les cours et les exercices pratiques.

NOUVELLES DIVERSES

Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques. — Par arrêté du 27 novembre 1942, sont nommés parmi les membres de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques :

MM. Loeper, Dequidt, inspecteur général des services administratifs ; MM. les Drs Macé de Lepinay, Sérane, L. Merklen, Jacques Forestier, Roubeau, P. Aris, Harvier, Santenoise, Jules Renault, Chabrol, M. Dufourt, Fabre, M. Ferreyrolles, Mothe, Richard.

M. Pierre Urhain, chef des travaux à l'Institut d'hydrologie et de climatologie, est nommé secrétaire de la Commission.

Praticiens d'origine étrangère auxquels l'exercice de leur profession est autorisé. — Mme le Dr Auclair, Saint-Pourçain-sur-Sioule (Allier) ; M. le Dr Schafer, Marseille (Bouches-du-Rhône) ; M. le Dr Chadli, Chalette-sur-Loing (Loiret) ; M. le Dr Piton, La Madeleine (Nord) ; M. le Dr Plouviet, Mortagne-du-Nord (Nord) ; Mlle le Dr Papaioannou, Paris (Seine) ; Mme le Dr Parchine, Paris (Seine) ; Mlle le Dr Pokitonow, Neuilly-sur-Seine (Seine) ; M. le Dr Rutten, Paris (Seine) ; M. le Dr Reis, Arthes, par Saint-Juéry (Tarn).

REVUE DES LIVRES

DERNIERS OUVRAGES PARUS A LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Régimes, vitamines et équilibre alimentaire, par Lucie Randoin et A. Rossier. 1 vol. de 70 pages. Collection : Les Thérapeutiques nouvelles .... 32 »

Le Régime des Entéropathes, par Jean Rachet, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. de 64 pages. Collection : Les Thérapeutiques nouvelles .... 25 »

Le Traitement du Myxœdème chez l'Enfant, par P. Lereboullet, professeur honoraire à la Faculté de médecine. 1 vol. de 44 pages. Collection : Les Thérapeutiques nouvelles .... 22 »

L'Alcoolisme aigu et chronique, par L. Dérobert et H. Duchene. 1 vol. de 217 pages .... 65 »

L'Eosinophilie générale et locale, par L. Dérobert, chef de laboratoire de médecine légale à la Faculté de médecine. 1 vol. de 238 pages .... 72 »

Aptitude aux Sports et Contrôle médical, par P. Chailley-Bert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. de 108 pages (2e édition) .... 25 »

Le Corps médical devant la Médecine sociale, par P. Theil, médecin inspecteur de la Santé de la Seine, chef de cabinet du Secrétaire d'État à la Santé. 1 vol. de 220 pages .... 72 »

L'Electro-choc thérapeutique et la dissolution-reconstruction, par P. Delmas-Marsalet, professeur de clinique neurologique et psychiatrique à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. de 150 pages .... 60 »

Cahiers de Dessins d'Anatomie, par Arlette Barbequot-Butavann, médecin de l'École d'infirmières et d'assistantes sociales de Lyon, 2 cahiers in-4° de 57 planches. Les deux volumes .... 64 »

***Cahiers de Dessins d'Anatomie*, à l'usage des infirmières et des assistantes sociales**, par le Dr Arlette Barbequot-Butavann, médecin de l'Ecole d'Infirmières et d'Assistantes sociales de Lyon.
Tome I. 57 planches de 203 figures.
Tome II. 57 planches de 203 figures.
(*J.-B. Baillière, Paris, éditeur.*)

Cet ouvrage répond à un besoin, pour une double raison.

D'abord, parce que l'anatomie s'apprend beaucoup par le dessin; Ensuite, parce que l'enseignement donné aux infirmières doit être concret. Tout ce qui peut cultiver leur habileté manuelle, leur esprit d'observation, contribue à leur bonne formation technique. Or le dessin développe l'observation, la mémoire visuelle, le coup d'œil, l'adresse des doigts.

Le texte a été volontairement réduit au minimum. Ces cahiers ne suppriment pas l'enseignement oral, la manipulation des pièces squelettiques ; ils sont destinés à fixer dans les yeux des images faciles à saisir.

Les auteurs ont cru bon de laisser à l'élève quelques aperçus qui lui fassent soupçonner, à côté du domaine limité qu'elle explore, le champ immense d'investigations de l'anatomie.

Le corps humain est beau, très beau, dans son agencement. Que l'infirmière, appelée à en panser les laideurs, ait une échappée sur sa structure merveilleuse.

Grâce à ces cahiers, les élèves pourront très utilement s'exercer à dessiner les os d'après nature et enrichir leurs cahiers de tous autres schémas qui leur sont proposés dans leurs cours et dans leurs livres.

Ces dessins contribueront à mieux apprendre l'anatomie aux élèves. Devenues infirmières, qu'elles les gardent encore précieusement. Ils formeront pour elles un atlas qu'elles apprécieront d'autant mieux qu'il sera en partie leur œuvre et pourra leur rendre service lorsqu'elles s'y reporteront à l'occasion de l'exercice de leur profession. R. D.

Feuillets clinique : Notes sur le diagnostic, la radiologie le traitement protique, au lit du molode, par le professeur Charles Mattei (de Marseille). (*Masson, édit.*, 1942.)

Le professeur Mattei vient de publier un gros volume de 878 pages, avec plus de 200 figures (dont un grand nombre de belles radiographies) intitulé modestement *Feuillets cliniques.*

Il indique, dans son avant-propos, qu'à la Clinique médicale de Marseille, qu'il dirige avec tant d'autorité et d'activité, des « Feuillets cliniques » de quelques pages sont remis aux étudiants après examen par eux et consultation écrite des différents malades du service : ces feuillets résument les symptômes essentiels, le diagnostic, le pronostic et le traitement. Pareille méthode montre bien tout l'intérêt que la Faculté de Marseille porte aux études cliniques, et on ne saurait trop féliciter le professeur Mattei d'un tel enseignement.

Comme la *Médecine d'urgence* du professeur Oddo, comme le *Traité de Thérapeutique* du professeur Arnaud, pareil livre est destiné à un grand succès auprès des praticiens comme des étudiants, et fait grand honneur à l'École de Marseille, d'une exceptionnelle richesse clinique, ainsi que nous avons pu le constater à la précédente guerre.

Après quelques données pratiques sur l'examen du malade, le livre aborde la radiologie et la clinique des cardiopathies, puis des affections respiratoires, qui tiennent, dans ce volume, une place élective, en rapport avec la compétence de son auteur. La pathologie aortique, mitrale, celle de l'artère pulmonaire, du myocarde, celle des déviations du médiastin, du cancer primitif du poumon; l'étude de l'érythème noueux ; le syndrome de la lobite supérieure rétractile tuberculeuse sont parmi les chapitres les plus saisissants. Viennent, ensuite, les autres maladies, les infections typhiques, les fièvres prolongées, et, enfin, l'étude de quatre médications efficaces par la quinine, l'émétine, l'antimoine, les sulfamidés.

Toutes les descriptions sont claires, nettes, très didactiques et, en même temps, très pratiques. Heureux les étudiants qui font leur apprentissage clinique à pareille école!...

P. Carnot.

LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

LES SANATORIUMS FRANÇAIS (1)

A. — **Sanatoriums pour tuberculose pulmonaire** (2).

AIN. — *Angeville*, à Lompnès, par Hauteville (f), pa.
Bellecombe, à Hauteville (h), pu.
L'Albarine, à Hauteville (f), pu.
Belligneux, à Lompnès (h), pu.
De la Savoie (départemental), à Hauteville (f), pa.
L'Espérance, à Hauteville (f), pr.
Mangini, à Hauteville (h et f), pa.
Modern Hôtel, à Hauteville (h et f), pr.
Interdépartemental, à Hauteville (f), pu.
Régina, à Hauteville (f), pr.
Le Sermay, à Hauteville (h et f), pr.
Les Terrasses, à Hauteville (f), pr.
AISNE. — *Saint-Gobain* (interdépartemental) (f), pu.
Cottages sanitaires (Dr Gallet), à Saint-Gobain (h), pu. (Réquisitionné.)
A.-Calmette, à Villiers-sur-Marne, par Charly (h), pa. (Réquisitionné.)
ALGER. — *Birtraria*, HS, près Alger (h et f).
ALLIER. — *François-Mercier*, à Tronget (h), pu.
Marie-Mercier, à Tronget (f), pu.
ALPES (HAUTES-). — *Grand Hôtel des Neiges*, au Mas-de-Chaix, près Briançon (h, f, g et fi), pr.
Les Airelles, à Briançon (g).
Le Bois de l'Ours, à Briançon (h), pa.
Les Terrasses, à Briançon (h), pr.
Chantoiseau, à Saint-Chaffrey (f), pa.
ALPES-MARITIMES. — *Du Clergé*, à Thorenc (h), pa.
Ad Astra, à Vence (h et f), pr.
La Maison Blanche, à Vence (h et f), pr.
Thouronnet, à Magagnosc-de-Grasse (f), pr.
A.-Bernard, à Gorbio (h), pa. (Fermé provisoirement.)
ARDÈCHE. — *Le Rocher*, par Largentière, (f) HS.
AVEYRON. — *Fenaille*, à Engayresques, par Séverac-le-Château (h), pr.
CALVADOS. — *Saint-Sever* (f), pu.
CHARENTE. — *La Grolle-Saint-Bernard*, à Touverac, par Baignes (h), pu.
CHARENTE-MARITIME. — *Boscamnant*, par Saint-Aigulin (f), pu.
La Chapelle-les-Pots (h et f), pu.
La Rochelle (HS), rue des Corderies (h et f).
CORRÈZE. — *Boulou-les-Roses*, par Turenne (f), pu.
Le Glandier, par Troches (f et fi).
COTES-DU-NORD. — *Bodiffé-en-Plémet*, par Plémet (h et f), pu.
CREUSE. — *Sainte-Feyre* (h et f), pa.
DOUBS. — *Tilleroyes*, près Besançon (h et f), pu.
Lac ou Villers, près Morteau (h), pu. (Réquisitionné.)
DORDOGNE. — *La Meynardie*, par Saint-Privat-des-Prés (h), pu.
Clairvivre (h), pr.
EURE. — *Émile-Roux*, domaine de La Musse, à Arnières (h), pa.
EURE-ET-LOIR. — *Clinique Laennec*, à Dreux (h, f, g et fi), pu.
Haut-Saint-Jean, près Chartres (h et f), HS.
FINISTÈRE. — *Guervénan*, à Plougonven (h, f, g et fi), pu.
GARD. — *Ponteils*, par Coneoules (f), pu.
Mont-Duplan, à Nîmes (h et f), pr.
GIRONDE. — *Xavier-Arnozan*, à Pessac, près Bordeaux (h, f, g et fi), pu.
Lou Pignada, à Lège (f), pa. (Réquisitionné.)
HÉRAULT. — *Bon Accueil*, route de Mende, à Montpellier (f et fi), pu.
Bellevue, à Montpellier (h), pu. (Réquisitionné.)
Villa Saint-Martin, route de Bédarieux, à Lodève (h. et f), pr.
INDRE-ET-LOIRE. — *Le Timbre*, à La Futaie, par La Membrolle-sur-Choisille (g), pu.
Bel Air, à La Membrolle-sur-Choisille (h), pa.
La Croix-Montoire, à Tours, 8 *bis*, place Choiseul (f) pr.
ISÈRE. — *Les Étudiants*, à Saint-Hilaire-du-Touvet (h et f), pa.
Les Petites Roches, à Saint-Hilaire-du-Touvet (h et f), pu.
L'Association métallurgique et minière contre la tuberculose (h), pr.

(1) Liste établie par le Service technique du Comité national de défense contre la tuberculose.

(2) Index des abréviations : S, sanatorium ; HS, hôpital-sanatorium ; pu, public ; pa, privé assimilé ; pr, privé ; (h), hommes ; (f), femmes ; (g), garçons ; (fi), filles.

Vion, à Saint-Clair-de-la-Tour, près La Tour-du-Pin (f), pr.
Seyssuel, par Vienne (f), pu.
La Tronche, à Grenoble (h et f) HS.
LANDES. — *Cauneille*, par Peyrehorade (f et fi), pr.
Nouvielle, à Bretagne (h et f), pu.
LOIRE. — *Chavanne*, à Saint-Chamond (f et fi), pa.
LOIRET. — *La Chapelle-Saint-Mesmin* (f, g et fi), pu. (Réquisitionné.)
Checy (h), pr.
LOIRE-INFÉRIEURE. — *Maubreuil*, à Carquefou (h), pu.
La Droitière, à Meauves (f), pr.
Laennec, rue Paul-Bert, à Nantes (h, f, g et fi), HS.
LOT. — *Montfaucon* (f), pa.
LOT-ET-GARONNE. — *Monbran*, par Agen (h), pu.
MAYENNE. — *Clavières*, par Laval (f), pu.
MEURTHE-ET-MOSELLE. — *Lay-Saint-Christophe* (h et f), pu.
Villemin, 45, rue de Nabécor, Nancy, HS (h et f). (Réquisitionné.)
MOSELLE. — *Abreschwiller* (h), pu.
NIÈVRE. — *Pignelin*, à Varenne-lès-Nevers (f et fi), pu.
NORD. — *Felleries-Liessies*, par Solre-le-Château (h et f), pu.
Sailly-lès-Lannoy, près Roubaix (h et f), pa. (Réquisitionné.)
Gustave-Dron, 232, rue de l'Yser, à Tourcoing, HS (h, f, g et fi). (Réquisitionné.)
Albert-Calmette, à Loos-lez-Lille (h et f, HS). (Réquisitionné.)
OISE. — *Paul-Doumer*, à Labruyère, près Liancourt (h), pu.
Villemin, à Angicourt, par Liancourt (f), pu.
Magnier, à Notre-Dame-du-Thil, près Beauvais (h), pu. (Réquisitionné.)
PAS-DE-CALAIS. — *Helfaut*, près Saint-Omer (h et f), pu. (Réquisitionné.)
PUY-DE-DOME. — *Étienne-Clémentel*, à Saint-Jean-d'en-Haut, par Enval (h et f), pu.
Sabourin, à Montferrand, près Clermont-Ferrand (h, f, g et fi), pu.
Durtol (h, f, g et fi), pr.
Les Graviers d'Enval, à Enval, près Riom (h et f), pr.
Michelin, à Chanat-la-Mouteyre (h et f), pr. (Fermé provisoirement.)
PYRÉNÉES (BASSES-). — *Annie-Enia*, à Cambo (f), pr.
Beaulieu, à Cambo (h et f), pr.
Cyrano, à Cambo (h), pr.
Francessenia, à Cambo (f et fi).
Franclet, à Cambo (f et fi), pr.
Grancher, à Cambo (f et fi), pr.
Landouzy, à Cambo (h), pr.
Mariéna, à Cambo (f et fi), pr.
Les Terrasses, à Cambo (h et f), pr.
Le Béarn, à Gan (g et fi), pr.
Toki-Eder, à Cambo (h), pr.
Aressy, à Pau (f), pr.
L'Ermitage, Chemin de Buros, à Pau (f), pr.
Trespoey, Villa Bellerive, avenue Trespoey, à Pau h(et f), pr.
Pic-du-Midi, à Jurançon (h), pr.
Les Pyrénées, à Jurançon (f), pr.
Larressore (h), pu.
Biarritzenia, à Briscous (f et g), pr.
PYRÉNÉES (HAUTES-). — *Jean-Thébaud*, près Arrens (h), pa.
La Prairie, à Argelès-Gazost (f et fi), pr.
RHIN (BAS-). — *Saales* (h), pa.
Nuenberg, à Ingwiller (f et fi), pr.
RHIN (HAUT-). — *Grand Sanatorium d'Aubure* (f), pa.
L'Altenberg, à Stosswihr, près Munster (h), pa.
Béthel, à Aubure (f, fi et g), pr.
Salem, à Freland, près Aubure (f), pa.
Munster (h), pr.
Du Haut-Rhin, 46, rue Stauffen, à Colmar (h, f, g et fi), pu.
RHONE. — *Bayère*, par Charnay (h), pa.
Les Presles, à Pollionay (f), pr.
Asile Notre-Dame-de-Lourdes, 1, chemin de la Petite-Garenne, à Lyon (f), HS.
Le Perron, à Pierre-Bénite, près Lyon (h, g et fi), HS.
Sainte-Eugénie, à Saint-Genis-Laval (f et fi), HS.
SAONE-ET-LOIRE. — *La Guiche* (h), pu.
Mardor, à Couches-les-Mines (h), pa.
SARTHE. — *Parigné-l'Évêque* (h, f, g et fi), pa.
SAVOIE (HAUTE-). — *Praz-Coutant*, à Passy (h), pa.
Le Roc-des-Fiz, à Passy (g et fi), pa.

Guébriant, à Passy (f), pa.
Martel-de-Janville, à Passy (h), pa.
Clinique d'Assy, à Passy (h et f), pr.
Sancellemoz, à Passy (h et f), pr.
Grand-Hôtel du Mont-Blanc, à Passy (h), pr. (Prisonniers rapatriés.)
Le Brévent, à Passy (f), pr.
L'Aiguille-d'Ayère, à Passy (h), pr.
L'Hermitage, à Passy (h et f), pr.
La Ravoire, à Passy (g et fi), pr. (Fermé provisoirement.)
Les Instituteurs, à Saint-Jean-d'Aulph (h), pa. (Fermé provisoirement.)
SEINE. — *Les Roses*, à Chevilly-Larue, par l'Hay-les-Roses (f), pr.
SEINE-ET-MARNE. — *Le Vert-Logis*, 8, route de Samois, à Avon (h et f), pr.
Neufmoutiers-en-Brie (h), pa.
Séricourt, par Bussières (h), pr.
Villevaude, par Claye-Souilly (h), pr.
SEINE-ET-OISE. — *La Bucaille*, à Aincourt (h, f, g et fi), pu. (Réquisitionné.)
Villa-l'Abbaye, 87, avenue Turgot, à Livry-Gargan (f, g et fi), pr.
Belle-Alliance, à Groslay (f), pu.
Bligny, par Briis-sous-Forges (h et f), pa.
Les Cheminots, à Ris-Orangis (h), pa.
Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (h), pu.
Magnanville, près Mantes (f et fi), pa.
La Montagne, à Cormeilles-en-Parisis (f), pr.
Les Ombrages, 10, rue Porte-de-Buc, à Versailles (f, g et fi), pr.
Sainte-Colombe, par Bazemont (f), pr.
G.-Guinon, à La Tuyolle, par Taverny (f), pu.
Joffre, à Champrosay (h), pu.
Champcueil, près Corbeil (h), pu.
Champrosay, à Draveil (f), pa.
Buzenval, 9, rue du Marquis-de-Coriolis, à Rueil-Malmaison (h et f), pr.
Villepinte (f et fi), pa.
Villiers, à Villers-sur-Marne (g), pa.
Ormesson, par La Varenne-Chennevières (fi), pa.
Champrosay, par Ris-Orangis (h), HS.
Brévannes, à Limeil-Brévannes (h, f, g et fi), HS.
SEINE-INFÉRIEURE. — *La Forêt-du-Rouvray*, à Oissel (h, f, g et fi), pa.
Rouen, 135, route de Darnetal, à Rouen (f et fi), HS.
SÈVRES (DEUX-). — *Niort* (h et f), HS.
TARN. — *A.-Calmette*, rue du Pavillon, à Mazamet (h et f), HS.
VAR. — *La Pouverine*, près Cuers (f et fi), pr.
Villa Salazie, à La Crau-d'Hyères (h, g et fi), pr.
La Source, à Cuers (g et fi), pr.
VAUCLUSE. — *Roquefraîche*, à Lauris (h), pu.
VIENNE (HAUTE-). — *Amédée-Tarrade*, à Bellegarde-les-Fleurs, par Châteauneuf-la-Forêt (f et fi), pr.
Le Cluzeau, à Isle, près Limoges (h et f), pu.

B. — **Sanatoriums pour tuberculoses ostéo-articulaires ganglionnaires.**

ALPES-MARITIMES. — *Institut Héliothérapique*, Villa du Méridien, route de Fréjus, à Cannes (h, f, g et fi), pr.
Institut d'Actinologie, à Vallauris-le-Cannet (g et fi), pa. (Fermé provisoirement.)
CHARENTE-MARITIME. — *Saint-Trojan* (île d'Oléron) (g et fi), pa.
Château-de-Port-Neuf, à La Rochelle (h et f), pr. (Replié au château de Launay, à Reugny [Indre-et-Loire].)
COTES-DU-NORD. — *Trestel*, à Trévou-Tréguirec (g et fi), pu.
FINISTÈRE. — *Villa Kerléna* (h, f, g et fi), pr.
Roscoff (f et fi), pr.
Le Laber, à Roscoff (h et f), pr.
GARD. — *Grau-du-Roi* (h et f), pu.
GIRONDE. — *Héliothérapique de Haut-l'Évêque*, à Pessac (h, f, g et fi), pa.
HÉRAULT. — *Institut Saint-Pierre*, à Palavas (g et fi), pa.
LANDES. — *Hélio-marin de Labenne*, à Labenne-Océan (h, f, g et fi), pr.
Clinique Saint-Vital, à Combet (h et f), pr.
LOIRE-INFÉRIEURE. — *Hôpital de Pen-Bron*, par Le Croisic (g et fi), pa.

Saint-Jean-de-Dieu, au Croisic (g), pr.
MORBIHAN. — *Kerpape*, à Kerpape-en-Plœmeur (h, f, g et fi), pa.
NORD. — *Vancauwenberghe*, à Zuydcoote, par Bray-Dunes (h, f, g et fi), pu. (Fermé provisoirement.)
PAS-DE-CALAIS. — *Albert-Calmette*, à Camiers (g et fi), pu.
De la Ville de Paris et Hôpital Lannelongue, à Berck-Plage (g et fi).
Boutillier, rue du Docteur-Ménard, à Berck-Plage (h, f, g et fi), pr.
Bouville, à Berck-Plage (h, g et fi), pr.
Hélio-Marin, avenue Magnier, à Berck-Plage (h, f, g et fi), pr.
Clinique orthopédique Lemaire, rue Pierre-Cornu, à Berck-Plage (h, f, g et fi), pr.
Victor-Ménard, avenue Jules-Magnier, à Berck-Plage (f, fi et g), pr.
Quettier, avenue Magnier, à Berck-Plage (h, f, g et fi), pr.
Fondation franco-américaine, 4, rue de l'Ancien-Calvaire, à Berck-Plage (f, fi et g), pa. (Replié à l'hôpital Dominique-Larrey, à Versailles [Seine-et-Oise].)
Vincent, chemin des Auglais, à Berck-Plage (f et fi), pr.
Institut de Physiothérapie, à Berck-Plage (h, f, g et fi), pr.
Cazin-Perrochaud, à Berck-Plage (g et fi), pr.
Institut Calot, avenue Magnier, à Berck-Plage (h, f, g et fi), pa. *(Tous les établissements de Berck-Plage sont provisoirement fermés.)*
PYRÉNÉES (BASSES-). — *Les Embruns*, Institut hélio-marin du Dr Peyret, à Bidart (h, f, g et fi), pr.
PYRÉNÉES-ORIENTALES. — *Banyuls-sur-Mer* (g et fi), pa.
Les Pupilles de l'École publique, à Font-Romeu (g et fi), pa.
Clinique l'Espérance (Dr Cappelle), à Font-Romeu (f), pr.
SEINE-ET-OISE. — *Les Bréviaires*, par Le Perray (f et fi), pr. (Fermé provisoirement.)
SEINE-INFÉRIEURE. — *Les Grandes Dalles*, à Saint-Pierre-en-Port (f et g), pa.
VAR. — *Renée-Sabran*, à Giens-Hyères (g et fi), pu.
Les Kermès, à Carqueiranne (h et f), pr.
Alice-Fagniez, à Hyères (f), pr.
Jeanne-d'Arc, au Pradet (f et fi), pa. (Fermé provisoirement.)
Institut hélio-marin de la Côte d'Azur, à La Plage-d'Hyères (g et fi), pr.
Hélio-marin interdépartemental, à Hyères (h, f, g et fi), pa.
Pomponiana, l'Almanarre, près Hyères (h, f, g et fi), pa.
VENDÉE. — *Villa Notre-Dame*, à Saint-Gilles-sur-Vie (f et fi et g), pr.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 janvier 1943.

Diagnostic et traitement du botulisme. — M. J. LEGROUX et Mme JERAMEC ont observé de nombreux cas de botulisme et pensent que les cas bénins, non diagnostiqués, sont actuellement très fréquents. Ils en rappellent les signes. Les aliments incriminés, dont ils ont isolé le bacille du type B, étaient toujours des conserves ménagères. Ils démontrent la nécessité d'examiner rapidement l'aliment ou ses débris, cause de l'intoxication, dont l'inoculation au cobaye permet l'identification du germe et indique le sérum à utiliser.

Ils recommandent le traitement mixte par sérum et anatoxine : 20 à 40 centimètres cubes de sérum par jour pour l'adulte jusqu'à arrêt dans la progression des symptômes. Anatoxine 1 centimètre cube à 1cc,5 pour l'adulte dès le début de la sérothérapie, dose double de la première huit jours après cessation du sérum, parfois injection de rappel un mois après la seconde injection.

Un cas de cardiomégalie considérable de nature myxœdémateuse liée à un épanchement péricardique abondant;

— MM. Pasteur Vallery-Radot, J. Lenègre et J.-J. Welti ont découvert chez une myxœdémateuse de longue date un très gros cœur, lié à la présence d'un épanchement péricardique abondant, ainsi que le montre la ponction, qui retira 20 centimètres cubes d'un liquide riche en albumine et en cellules à prédominance lymphocytaire. L'injection d'air démontra la réelle abondance de l'épanchement. L'opothérapie thyroïdienne ramena en deux mois le cœur à la normale.

Un cas de cardiomégalie modérée de nature myxœdémateuse, liée à un épanchement péricardique. — MM. Pasteur Vallery-Radot, J. Lenègre et J.-J. Welti ont observé, chez une femme de soixante-trois ans atteinte de myxœdème très ancien et non traité, une augmentation progressive du cœur. La ponction péricardique ramena 20 centimètres cubes de liquide citrin riche en albumine et en cellules. Après sept semaines de traitement thyroïdien (8 grammes d'extrait au total), le cœur redevint absolument normal. A propos de ce cas, qui prouve qu'une cardiomégalie-myxœdémateuse peut être due à un épanchement péricardique, les auteurs dégagent les caractères de la péricardite myxœdémateuse, qui paraît bien posséder une réelle individualité.

Tuberculose et restrictions alimentaires chez les lépreux. — M. Flandin a observé, chez 35 lépreux en état d'équilibre avant les restrictions, l'aggravation des lésions lépreuses, et le réveil des lésions tuberculeuses anciennes, dès que les restrictions alimentaires furent appliquées. Trois malades moururent de tuberculose évolutive, trois autres sont dans un état grave, d'autres commencent des lésions pulmonaires. Il estime que le régime alimentaire des tuberculeux doit être appliqué aux lépreux.

Action de la novocaïne sur les accidents d'intolérance au novar. — M. Flandin a vu survenir une apoplexie séreuse entraînant la mort chez un sujet porteur de gommes du bras qui, malgré de légers accidents d'intolérance au novar, avait continué à subir des injections de ce médicament, précédées d'injections de novocaïne intraveineuses. Il estime que l'injection de novocaïne masque les accidents, sans les empêcher, ainsi que le prouve l'apparition d'érythrodermies dans certains cas où furent pratiquées des injections de novocaïne précédant celles de novar.

Prix de la Société médicale des hôpitaux. — Dans la séance du 8 janvier, les membres de la Société ont accepté les sujets suivants pour les prix de la Société :

1° Prix Legendre, au titre de 1942 (3 000 francs triennal) : « Le secret médical en face des réglementations de la médecine sociale ». Mémoire à déposer avant le 1er novembre 1943.

2° Prix Gingeot, au titre de 1943 (1 500 francs triennal) : « Foie et avitaminoses ». Mémoire à déposer avant le 1er novembre 1943.

Roger Pluvinage.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr P. Fargin-Fayolle (de Paris). — Le Dr S. Roidot (de Rang-du-Fliers, Pas-de-Calais). — Le Dr Henri Verliac.

MARIAGES. — Mlle Françoise Ferru, fille du Dr Ferru (de Poitiers), avec M. Michel Coirault, étudiant en médecine. — Le Dr M. Flipo, avec Mlle Lucienne Pauly.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Et. Olry font part de la naissance de leur fils François. — Le Dr et Mme J. Camelot-Herlin font part de la naissance de leur fille Clotilde. — Le Dr et Mme P. Cortell font part de la naissance de leur fille Monique. — Le Dr et Mme R. Denis font part de la naissance de leur fille Christiane. Le Dr et Mme Ratinel font part de la naissance de leur fille Thérèse. Le Dr et Mme Cuvéreaux font part de la naissance de leur fille Catherine. — Le Dr et Mme Dieudonné font part de la naissance de leur fils Jean.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du ministre secrétaire d'Etat à l'Education nationale, en date du 6 novembre 1942, M. Sézary, agrégé, est nommé professeur honoraire de la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Fontan, agrégé de médecine générale, est chargé, à dater du 1er octobre 1942 et, au plus tard, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1942-1943, de la direction des services de l'ancienne chaire de clinique médicale des maladies des enfants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — La chaire de pathologie externe et d'oto-rhino-laryngologie de la Faculté de médecine de Lille est transformée, à dater du 1er janvier 1943, en chaire de pathologie chirurgicale et de clinique oto-rhino-laryngologique.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — **Concours de médecin des hôpitaux.** — Concours pour 16 places de sous-admissibles. Liste de MM. les membres du jury, par ordre de tirage au sort :

MM. les Drs : Janet, Armand-Delille, Chevallier, Jacob, Paisseau, Nicaud, Lian, professeur Abrami, Clément Robert, Heuyer, Launay, Clément, Rachet, Hillemand, Rouques, May, Henri Bénard, Célice, Tinel, professeur Donzelot, Lenègre, Huber, Lœderich, Touraine, Marchal.

Concours de la médaille d'or. — Chirurgie et accouchements; M. Germain, 65 points.

Médaille d'or : M. Germain.

Concours de la médaille d'or. — Médecine. — MM. Wolfromm, 69 points ; Loeper, 68 ; Guiot, 65.

Médaille d'or : M. Wolfromm ;

Médaille d'argent : M. Loeper ;

Accessit : M. Guiot.

Concours d'assistant en médecine. Classement des candidats par ordre de mérite.

MM. les Drs : Grossiord, 39 points ; Chassagne, 38 ; Lamotte, 38 ; Fauvet, 37 ; Pêcher, 37 ; Lozziconacci, 37 ; Hanaut, 36 ; Perrot, 36 ; Arnous, 36 ; Tardieu, 36 ; Brissaud, 36 ; Grenet, 35 ; Gerbeaux, 35 ; Boulenger, 35 ; Claisse, 35 ; Droguet, 35 ; Pautrat, 34 ; Rogé, 34 ; Bertot, 34 ; Bouvier, 34 ; Plas, 34 ; Combes-Hamelle, 34 ; Ordonneau, 34 ; Lecœur, 34 ; Herrenschmidt, 33 ; Teyssier, 33 ; Lepintre, 33 ; Di Mattéo, 33 ; Jacquot, 33 ; Eck, 32 ; Nouaille, 32 ; Dupuy, 32 ; Ledoux-Lebard, 32 ; Mande, 32 ; Raynaud, 32 ; Basset, 32 ; Cler, 32 ; Blanchard, 32 ; Guillemin, 32 ; Mlle Lotte, 32.

Concours pour la nomination à une place de pharmacien. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 1er mars 1943, à 14 heures. (Les candidats seront informés par lettre du lieu de la première épreuve.)

Les candidats devront se faire inscrire au bureau du Service de Santé de l'administration, 3, avenue Victoria, de 14 à 17 heures, depuis le lundi 8 février jusqu'au jeudi 18 février 1943 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — M. Perrot est élu vice-président pour l'année 1943.

REVUE DES LIVRES

L'aspiration discontinue intrapleurale dans le traitement des pyothorax tuberculeux, par MM. H. Thibault et J. Delamaire, avec préface du Dr A. Bernou. 1 volume in-8° de 172 pages. (*L. Arnette.*)

Dans cet important travail, les auteurs exposent le résultat de leur expérience, tant dans les services de Chateaubriant, sous la direction du Dr Bernou, que dans ceux du sanatorium du Clergé de France dirigés par le Dr Thibault.

Ils montrent, par une série d'exemples, les services que peut rendre l'*aspiration forcée*, méthode introduite par les travaux de Redaelli et de Menaldi en Italie, de Bernou en France, et précisent les indications de l'*aspiration discontinue* qui, bien appliquée, leur paraît très utile pour faire disparaître les épanchements troubles et les abcès froids de la plèvre. Ils précisent la technique, les indications, les contre-indications et analysent les causes d'échecs. Leur livre, plein de faits et de précisions utiles, vient à son heure, et on ne peut que féliciter MM. H. Thibault et Delamaire d'avoir, comme le dit M. Bernou dans sa préface. « si bien su nous préciser ce que l'on peut obtenir avec l'aspiration discontinue et d'en avoir indiqué la place à côté des autres techniques ».

P. Lereboullet.

L'alimentation des tuberculeux dans les préventoriums et les sanatoriums de l'O. P. H. S. Quelques conseils destinés à améliorer la nourriture des malades en période de restriction. Une enquête de Mme Lucie Randoin, brochure de 20 pages avec 2 tableaux. (*Édition de l'O. P. H. S., 9, place de l'Hôtel-de-Ville.*)

Nous devons mentionner cet opuscule dans ce numéro consacré à la tuberculose. Préfacé par le Dr Grasset, secrétaire d'État à la Santé, il apporte une série de conseils alimentaires précis donnés par Mme Randoin à la suite d'une enquête faite par elle dans les établissements de l'Office public d'hygiène sociale (préventoriums et sanatoriums). Cette enquête a abouti à une série de conclusions pratiques permettant l'utilisation, au maximum, des principes nutritifs précieux enfermés dans les aliments — trop peu nombreux, hélas ! — mis à la disposition du public. Il est à souhaiter que ces conseils soient largement répandus, et la petite brochure qui vient d'être éditée sous les auspices de M. Luquet, directeur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, peut rendre de grands services par sa large diffusion.

P. Lereboullet.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

RECRUTEMENT DES MEMBRES DU CONSEIL DE L'ORDRE

Décret n° 3631 du 30 décembre 1942 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 10 septembre 1942 en ce qui concerne le recrutement des membres des conseils de l'Ordre des médecins et les recours contentieux.

Nous, Maréchal de France, chef de l'État français,
Sur le rapport du secrétaire d'État à la Santé, du chef du Gouvernement, ministre secrétaire d'État à l'Intérieur, et du garde des sceaux, ministre secrétaire d'État à la Justice,
Vu la loi n° 794 du 10 septembre 1942 et notamment son article 56, aux termes duquel « des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi et notamment les conditions dans lesquelles sera effectuée la désignation des membres des organismes institués par la présente loi, les règles d'élection, les recours auxquels elles peuvent donner lieu et les modalités de fonctionnement de ces organismes » ;
Le Conseil d'État entendu,
Décrétons :

TITRE Ier

ÉLECTIONS AUX CONSEILS DES COLLÈGES DÉPARTEMENTAUX.

CHAPITRE Ier.

Dispositions communes.

ARTICLE PREMIER. — Les membres des conseils des collèges départementaux sont élus par des praticiens habilités à exercer leur art, c'est-à-dire régulièrement inscrits au tableau départemental de l'ordre et non frappés d'une mesure de suspension temporaire. L'élection a lieu au scrutin de liste, chaque électeur votant pour autant de candidats qu'il y a de membres à élire ; il est procédé, à l'occasion de chaque renouvellement partiel, à l'élection de membres suppléants dont le nombre sera fixé par arrêté ministériel, pour le cas où des vacances se produiraient entre deux renouvellements, les membres suppléants ainsi appelés à compléter le conseil étant désignés pour la durée du mandat qu'avait encore à remplir le membre qu'ils remplacent.

ART. 2. — La date des opérations électorales prévues pour le renouvellement des membres du conseil est fixée par arrêté du secrétaire d'État à la Santé, qui est publié au *Journal officiel de l'État français* six semaines au moins avant l'expiration des pouvoirs des membres de ces conseils et un mois au moins avant la date des élections.

ART. 3. — Les arrêtés du secrétaire d'État à la Santé portant augmentation du nombre des membres des conseils des collèges départementaux fixeront les séries de renouvellement des postes ainsi créés ; il ne sera procédé à la désignation des titulaires de ces nouveaux postes qu'à l'occasion d'un renouvellement partiel du conseil.

CHAPITRE II.

Collèges départementaux de l'ordre des médecins.

ART. 4. — Le président du conseil du collège départemental de l'ordre des médecins adresse aux médecins du département, quinze jours au moins avant la date prévue pour les élections et suivant un procédé de nature à établir le fait de la réception, deux enveloppes d'un modèle spécial destinées à être utilisées pour le vote.

Dans la première enveloppe, le médecin place, à l'exclusion de toute autre indication, la liste des candidats pour lesquels il a décidé de voter. Cette enveloppe fermée, sur laquelle aucune mention ne doit être portée, est placée dans la seconde enveloppe, qui doit comporter, à peine de nullité du vote, l'adresse du conseil du collège départemental de l'ordre ainsi que l'indication du nom et de l'adresse du médecin votant et la mention « Élections au conseil du collège départemental de l'ordre des médecins ».

L'enveloppe extérieure est à son tour fermée et expédiée comme pli recommandé au siège du conseil du collège départemental de l'ordre.

ART. 5. — Le dépouillement du scrutin a lieu au siège du conseil du collège départemental au jour et à l'heure fixés par l'arrêté ministériel prévu à l'article 2 ci-dessus Il est assuré par un bureau composé du président du conseil du collège départemental de l'ordre ou, à son défaut, d'un membre du conseil désigné par lui, président, assisté du médecin le plus âgé et du médecin le plus jeune présents au moment de l'ouverture de la séance de dépouillement. En cas d'absence de personnes qualifiées pour présider le bureau, le directeur régional de la santé et de l'assistance désigne un président.

Tous les médecins inscrits au tableau départemental de l'ordre ont librement accès pendant toute la durée de la séance à la salle où a lieu le dépouillement.

Le président du bureau a la police de la salle.

Le bureau établit un procès-verbal de la séance où est constatée l'heure à laquelle la séance a été ouverte. Il juge provisoirement les difficultés qui s'élèvent sur les opérations ; ses décisions sont motivées.

Toutes les réclamations et décisions sont insérées au procès-verbal ; les pièces qui s'y rapportent y sont annexées.

ART. 6. — Les noms des électeurs ayant participé au scrutin sont pointés sur la liste électorale. Les noms des médecins qui, bien qu'inscrits au tableau, n'ont pas participé au vote sont mentionnés au procès-verbal. Il y est également fait mention des personnes qui ont participé au vote sans remplir les conditions d'électorat. Les enveloppes adressées par ces personnes sont annexées au procès-verbal sans être décachetées.

Après que le pointage a été effectué, les enveloppes extérieures sont décachetées et réunies afin d'être jointes au procès-verbal.

ART. 7. — Les enveloppes intérieures sont réunies et comptées ; celles qui portent une marque de reconnaissance sont jointes au procès-verbal sans être décachetées ; les autres sont ensuite décachetées et les bulletins de vote qui en sont extraits sont pointés par les personnes chargées du dépouillement sous la surveillance des membres du bureau.

ART. 8. — Les bulletins sont valables bien qu'ils portent plus ou moins de noms qu'il n'y a de membres à désigner, y compris les suppléants. Les derniers noms inscrits au delà de ce nombre ne sont pas comptés.

Les bulletins blancs ou illisibles, ceux qui ne contiennent pas une désignation suffisante ou dans lesquels les votants se sont fait connaître, ceux qui portent un signe de reconnaissance n'entrent pas en compte dans le résultat du dépouillement, mais ils sont annexés au procès-verbal.

ART. 9. — Le bureau proclame le résultat de l'élection. Sont déclarés élus les candidats qui ont réuni le plus grand nombre de voix ; le ou les candidats qui ont réuni le plus grand nombre de suffrages après les membres élus sont élus membres suppléants.

En cas d'égalité de suffrages, le plus âgé est proclamé élu.

ART. 10. — Le bureau adresse dans les trois jours le procès-verbal des opérations de dépouillement au directeur régional de la santé et de l'assistance.

ART. 11. — Un arrêté du secrétaire d'État à la Santé détermine les circonscriptions électorales entre lesquelles est divisé le département de la Seine pour l'élection du conseil du collège départemental des médecins de la Seine ainsi que le nombre de suppléants à élire par chaque circonscription de la Seine.

CHAPITRE III.

Collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire.

ART. 12. — Le conseil du collège départemental des praticiens de la profession dentaire convoque les praticiens de la profession à désigner les membres du conseil dans les mêmes conditions que celles prévues par l'article 4 ci-dessus pour les médecins.

Les enveloppes contenant la liste des candidats choisis par l'électeur sont renvoyées au conseil du collège départemental des praticiens de la profession dentaire, et il est procédé au scrutin dans les mêmes conditions que celles qui ont été prévues pour les médecins par les articles 4 à 10 ci-dessus, sous les réserves précisées aux articles ci-après.

ART. 13. — Le scrutin est dépouillé au siège du conseil du collège départemental des praticiens de la profession dentaire sous la surveillance d'un bureau composé du président du collège départemental ou, à son défaut, d'un

membre du conseil désigné par lui, président, assisté du praticien le plus âgé et du praticien le plus jeune présents au moment de l'ouverture de la séance du dépouillement.

En cas d'absence de personnes qualifiées pour présider le bureau, le directeur régional de la santé et de l'assistance désigne un président.

ART. 14. — Lorsqu'il y a lieu à la désignation de stomatologistes, il est procédé distinctement au dépouillement du scrutin en ce qui concerne les stomatologistes, d'une part, et les chirurgiens-dentistes et assimilés, d'autre part.

Dans ce cas, il est procédé également à la désignation d'un stomatologiste suppléant pour le cas où une vacance de stomatologiste se produirait au sein du conseil avant le premier renouvellement comportant la désignation d'un stomatologiste.

TITRE II

ÉLECTIONS AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS.

ART. 15. — Les membres des conseils des collèges départementaux de l'ordre des médecins élisent les membres du conseil national de l'ordre prévus à l'article 15, 1er, de la loi n° 794 du 10 septembre 1942 parmi les médecins éligibles aux conseils des collèges départementaux.

A cet effet, chacun d'eux adresse au conseil national de l'ordre, sous double enveloppe et dans les mêmes formes que celles qui ont été précisées à l'article 4 ci-dessus, deux noms de médecins pour lesquels il a décidé de voter en qualité de représentant de sa région ou de suppléant pour le cas de vacance en cours de mandat ; les membres des conseils des collèges départementaux de la région parisienne adressent chacun, dans les mêmes conditions, une liste de sept noms pour la désignation de cinq membres titulaires et de deux membres suppléants.

ART. 16. — Les enveloppes, qui portent obligatoirement la mention de la région dont elles sont originaires, sont groupées au siège du conseil national et dépouillées distinctement pour chaque région dans les formes prévues aux articles 4 à 9 ci-dessus et sous la surveillance d'un bureau composé du président du conseil national de l'ordre ou, à son défaut, d'un membre du conseil désigné par lui, président, assisté du médecin le plus âgé et du médecin le plus jeune présents au moment de l'ouverture de la séance de dépouillement. Le procès-verbal de la séance est adressé dans les trois jours au secrétaire d'État à la Santé.

ART. 17. — Les membres des conseils des collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire élisent dans les mêmes conditions les membres de la section dentaire du conseil national de l'ordre prévus à l'article 30, 1er, de la loi n° 794 du 10 septembre 1942 parmi les praticiens éligibles aux conseils des collèges départementaux.

L'élection a lieu au scrutin de liste, chaque membre étant appelé à voter pour un nombre de candidats égal à celui des sièges à pourvoir ainsi que pour deux suppléants.

Le scrutin est dépouillé au siège de la section dentaire, sous la surveillance d'un bureau composé du président de la section dentaire ou, à son défaut, d'un membre de la section désigné par lui, président, assisté du praticien le plus âgé et du praticien le plus jeune présents au moment de l'ouverture de la séance de dépouillement.

Un des suppléants proclamé devra être nécessairement médecin stomatologiste ; sera proclamé le médecin stomatologiste ayant recueilli le plus grand nombre de suffrages après ceux qui auraient été élus titulaires.

ART. 18. — L'Académie de médecine désigne, à la majorité des suffrages exprimés, celui de ses membres qui est appelé à siéger au conseil national. En cas de décès ou de démission de son représentant, elle pourvoit dans les mêmes formes à son remplacement pour la durée restant à courir du mandat.

ART. 19. — Les membres du conseil national prévus aux articles 15 (3°) et 30 (2°) de la loi n° 794 du 10 septembre 1942 sont élus au scrutin de liste par les autres membres du conseil ou de sa section dentaire.

Le président du conseil national de l'ordre et celui de la section dentaire proclament élus les médecins et les praticiens de la profession dentaire qui réunissent le plus grand nombre de suffrages.

En cas de décès ou de démission d'un des membres ainsi nommés, il est pourvu dans les mêmes formes à son remplacement pour la durée restant à courir du mandat du membre décédé ou démissionnaire.

ART. 20. — Si les membres de la section dentaire élus par les conseils des collèges départementaux, conformément aux dispositions de l'article 17 ci-dessus, ne comprennent pas au moins trois stomatologistes, les membres prévus à l'article 30 (2°) doivent être choisis de telle sorte que ce nombre se trouve atteint dans le sein de la section dentaire.

TITRE III

DÉSIGNATION DES MEMBRES DES CONSEILS RÉGIONAUX

ART. 21. — Tous les six ans, à la date fixée par le secrétaire d'État à la Santé pour le renouvellement des conseils régionaux, chacun des membres des conseils des collèges départementaux adresse au siège du conseil national de l'ordre la liste des candidats qu'il propose au choix du secrétaire d'État à la Santé pour la désignation des membres des conseils régionaux. Peuvent seuls figurer sur ces listes les médecins réunissant les conditions d'éligibilité aux conseils des collèges départementaux.

Les fonctions de membre du conseil régional sont incompatibles avec celles de membre d'un conseil départemental ou du conseil national.

Chaque liste comporte vingt-sept noms, parmi lesquels doivent figurer des noms de médecins exerçant dans chacun des départements de la région.

Le scrutin a lieu dans les formes prévues par les articles 15 et 16 ci-dessus.

ART. 22. — Les listes de présentation sont établies pour chaque région par le conseil national de l'ordre ; y figurent les vingt-sept médecins qui ont recueilli le plus grand nombre de suffrages.

Toutefois, si certains des départements de la région ne se trouvent pas représentés sur la liste ainsi composée par deux médecins au moins inscrits au tableau, ceux des médecins de ces départements qui ont réuni le plus grand nombre de suffrages sont ajoutés à la liste, de telle sorte que deux médecins du département figurent sur la liste.

ART. 23. — Les membres des conseils départementaux des praticiens de la profession dentaire désignent dans les mêmes conditions leurs candidats, chaque liste comportant douze noms de praticiens réunissant les conditions d'éligibilité aux conseils départementaux, parmi lesquels doivent figurer trois médecins stomatologistes. Les listes de présentation sont établies, en ce qui les concerne, par la section dentaire du conseil national ; elles comportent chacune les neuf praticiens et les trois médecins stomatologistes ayant recueilli le plus grand nombre de suffrages.

ART. 24. — En cas de vacance par décès, démission ou toute autre cause d'un poste de membre d'un conseil régional, il y est pourvu, pour la durée restant à courir du mandat de ce conseil, par le secrétaire d'État à la Santé, dont le choix doit se porter sur un médecin ou un praticien figurant sur la liste de présentation.

Si cette vacance a pour effet de priver un département de tout représentant médecin à ce conseil et si la liste de présentation ne comporte plus de médecin exerçant dans ce département, il est procédé, dans les conditions prévues par les articles 21 et 22 ci-dessus, à une nouvelle consultation des médecins de la région appelés à désigner trois médecins exerçant dans le département ainsi privé de représentant au conseil régional, en vue de la formation d'une liste supplémentaire de présentation. Il n'est toutefois pas procédé à cette consultation si la vacance se produit dans les six mois précédant l'expiration des pouvoirs du conseil régional.

TITRE IV

RECOURS CONTENTIEUX.

ART. 25. — En cas d'irrégularités, le secrétaire d'État à la Santé peut, dans le mois qui suit la notification prévue par les articles 10 et 16 du présent décret, prononcer l'annulation des opérations électorales, sauf recours au Conseil d'État dans les conditions déterminées par les paragraphes suivants.

Les réclamations auxquelles peuvent donner lieu les opérations sont adressées, dans un délai de huit jours à compter de l'élection, au secrétaire d'État à la Santé, qui prononce sauf recours des intéressés devant le Conseil d'État.

Le recours ne peut être formé que dans un délai de huit jours à partir de la notification aux intéressés de la décision du secrétaire d'État.

Faute par celui-ci d'avoir statué dans le délai d'un mois, la réclamation est considérée comme rejetée et peut, dans les huit jours qui suivent l'expiration du délai précité, être portée devant le Conseil d'État.

Le recours est dispensé de tous frais et du ministère d'avocat.

ART. 26. — Les arrêtés par lesquels le secrétaire d'État désigne les membres des conseils régionaux peuvent, s'ils contiennent un vice propre, être attaqués par la voie du recours pour excès de pouvoir. Le requérant ne peut, toutefois, à l'occasion de ce recours, mettre en cause la régularité de l'établissement de la liste de présentation.

ART. 27. — Les décisions par lesquelles le conseil régional prononce ou refuse l'inscription d'un médecin ou d'un praticien de la profession dentaire sont notifiées, dans les huit jours, à l'intéressé, au conseil du collège départemental de la santé et de l'assistance.

L'appel contre ces décisions doit être formé dans les deux mois de leur notification.

TITRE V

DISPOSITIONS TRANSITOIRES.

ART. 28. — Les listes établies par le secrétaire d'État à la Santé, en exécution de l'article 57 (§ 2) de la loi du 10 septembre 1942, seront adressées au conseil supérieur de l'ordre des médecins trois semaines au moins avant la date fixée pour les élections.

Le directeur régional de la santé et de l'assistance fera parvenir lesdites listes aux praticiens devant participer à l'élection quinze jours au moins avant la date des élections.

ART. 29. — A titre transitoire et jusqu'à une date qui sera fixée par arrêté du secrétaire d'État à la Santé, les départements autres que le département de la Seine pourront être divisés, par arrêté dudit secrétaire d'État, en sections électives pour l'élection des conseils des collèges départementaux de l'ordre des médecins et des praticiens de la profession dentaire.

ART. 30. — Jusqu'à la constitution des organismes créés par la loi du 10 septembre 1942, les procédures prévues par le présent décret s'appliqueront sous les réserves suivantes :

Les attributions dévolues aux conseils des collèges départementaux ou à leurs membres seront exercées par les conseils départementaux de l'ordre ou leurs sections dentaires ou par les membres de ces organismes.

Les attributions dévolues au conseil national ou à ses membres seront exercées par le conseil supérieur de l'ordre des médecins ou par ses membres.

ART. 31. — Dans le mois qui suivra la constitution des conseils prévus par la loi du 10 septembre 1942, chacun de ceux-ci procédera au tirage au sort des membres desdits conseils dont le mandat devra être renouvelé lors des premiers renouvellements partiels. Les cinq représentants au conseil national des médecins de la région parisienne devront faire partie de la même série de renouvellement. Dans les conseils des collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire comportant deux médecins stomatologistes, ces deux membres devront faire partie de séries distinctes de renouvellement. Les résultats du tirage au sort seront communiqués au directeur régional de la santé et de l'assistance en ce qui concerne les élections aux conseils des collèges départementaux et aux conseils régionaux, au secrétaire d'État à la Santé en ce qui concerne le conseil national.

ART. 32. — Les dispositions de la loi du 19 avril 1941 prorogeant les délais de procédure devant le Conseil d'État, la Cour de cassation et le Tribunal des conflits ne sont pas applicables aux pourvois formés en vertu du présent règlement.

ART. 33. — Le secrétaire d'État à la Santé est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel de l'État français*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 janvier 1943.

Hémoptysie essentielle et syphilis. — M. Milian rapporte cinq observations de sujets adultes, le plus souvent hommes mûrs, qui, subitement, sans symptôme avertisseur, crachent du sang, font une hémoptysie de moyenne importance, qui jette l'alarme dans leur esprit et dans l'entourage par la crainte de la tuberculose.

L'auscultation pulmonaire la plus attentive, la radioscopie ne montrent aucune altération du parenchyme pulmonaire, pas le moindre signe de tuberculose. La recherche du bacille de Koch dans les crachats est négative. L'état général des patients est excellent.

Malgré ces signes négatifs, famille et médecin sont toujours dans la crainte de l'apparition d'une tuberculose. Or jamais celle-ci n'apparaît même quinze ans ou vingt ans après.

Tous les sujets observés par l'auteur sont syphilitiques et atteints d'une syphilis virulente, souvent rebelle et récidivante. C'est la syphilis qui est responsable de ces hémoptysies vaso-motrices, comparables aux ecchymoses spontanées des tabétiques ou aux paroxysmes vasculaires de la maladie de Raynaud.

Cette hémoptysie essentielle est un véritable stigmate de la syphilis et doit donc attirer l'attention du médecin sur l'existence de cette maladie chez le patient.

Relations entre les « Rickettsia » et les granulo-corps de Miyagawa, agent pathogène de la maladie de Nicolas-Favre. — M. Levaditi. — Du point de vue morphologique, comme aussi du point de vue des affinités tinctoriales en fonction de la fixation, des analogies, mais aussi des dissemblances apparaissent entre les *Rickettsia* et les granulo-corps de Miyagawa, agent pathogène de la maladie de Nicolas-Favre. Toute identification entre ces deux ordres de formations est donc, pour l'instant, interdite. Néanmoins, l'hypothèse suivant laquelle les *Rickettsia* et les corpuscules de Miyagawa appartiendraient au même groupe des rickettioses ne saurait être éliminée *a priori*. En effet, le comportement de ces ultragermes à l'égard des agents chimiques et physiques, de même certains résultats concordants fournis par l'examen de leurs affinités tinctoriales, rendent cette hypothèse pour le moins plausible. Afin d'accentuer les dissemblances entre les *Rickettsia* proprement dites et les granulo-corps de Miyagawa, M. Levaditi propose la dénomination de *Para-Rickettsia-Miyagavæ* pour désigner ces derniers granulo-corps.

Séance du 2 février 1943.

Anthropométrie d'une fille de douze ans de haute stature. — M. Pierre Nobécourt.

Contribution à la lutte contre la larve de l'hypoderme du bœuf ou varron des tanneurs. — M. Guillaume.

Diabète insipide et diabète sucré après traumatisme cranien. — MM. P. Harvier, B. Desplas et P. Froment. — Chez un blessé de la région pariéto-temporale apparaît, un mois après le traumatisme, un diabète sucré grave insulino-sensible. Cet homme n'avait aucun antécédent personnel ni familial de diabète, et les urines, examinées quelques semaines avant le traumatisme, ne renfermaient pas de sucre.

Le point original de cette observation consiste en ce fait que le diabète sucré est apparu en même temps qu'un diabète insipide : le blessé buvait entre 12 et 15 litres de liquide et urinait 18 à 20 litres par 24 heures. Après un mois, le diabète insipide disparut, tandis que persistait la glycosurie.

C'est la première observation signalant l'association du diabète insipide et du diabète sucré après traumatisme cranien. La coexistence du diabète insipide constitue un puissant argument en faveur de l'origine infundibulaire du diabète sucré traumatique.

Le virus du typhus des prisons de Marseille. — M. Violle a montré la présence dans le sang de sujets détenus dans les prisons de Marseille, et atteints de typhus exanthématique, d'un virus spécial, distinct à la fois par certains caractères du virus du typhus historique et du virus de typhus murin. Il se rapproche d'ailleurs davantage de ce dernier. Ce virus des prisons de Marseille a été retrouvé dans le cerveau de rats sauvages capturés dans les prisons.

Ce virus murin est sans doute capable de provoquer de petites épidémies dans les agglomérations humaines restreintes, mais non d'épidémies étendues dans l'ensemble de la population. Quoi qu'il en soit, la dératisation s'impose.

Arguments en faveur du traitement obligatoire de la luxation congénitale de la hanche. — M. Pouliquen (Présentation faite par M. Mathieu.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 22 janvier 1943.

Anémies érythro-plasmatiques de carence. — MM. N. Fiessinger, R. Tiffeneau et Jean Trémolières montrent que l'on observe assez fréquemment à l'heure actuelle des anémies s'accompagnant de diminution des albumines du sérum. Les unes, modérément hyperchromes, sans mégalocytose ni myéloblastose, s'associent à une hypoprotidémie intense et à des œdèmes considérables. Les autres sont vraiment pernicieuses, hyperchromes, avec mégalocytose et myéloblastose, mais ne présentent que peu d'œdèmes et une hypoprotidémie modérée.

Les auteurs montrent que, tandis que la surcharge protidique alimentaire permet la prompte restauration des protides sériques, l'anémie ne se répare que par l'opothérapie hépatique. En somme, un double facteur carentiel se trouve à l'origine de ces anémies érythro-plasmatiques : le facteur protidique exogène et le facteur antianémique hépatique.

Étude comparée des protides sériques et des échanges chloruro-sodiques au cours de deux œdèmes de carence. — MM. N. Fiessinger et Jean Trémolières ont étudié les charges protidiques et les échanges chloruro-sodiques dans deux œdèmes de carence. Les malades, soumis à une surcharge chlorurée sodique, restèrent hyposérinémiques, puis présentèrent des œdèmes. Ces derniers disparurent sous l'influence de la surcharge protidique, malgré la persistance de la surcharge saline. Les auteurs montrent qu'il se produit non seulement un mouvement de l'eau, mais encore du chlorure de sodium, ce qu'explique la notion d'une connexion chloro-protidique. Le sérum à charge faible en sérum albumine laisse transsuder non seulement l'eau, mais le chlorure de sodium à une concentration élevée.

Anasarque et hépatie. — MM. Cachera, P. Barbier et M. Rouzaud rapportent un cas d'anasarque pur, isolé, transitoire, qui a été la seule traduction clinique de l'atteinte hépatique. Les explorations fonctionnelles du foie et notamment le test du cholestérol estérifié/cholestérol total font la preuve de la lésion de la cellule hépatique. Les mouvements de l'eau ont pu être étudiés en mesurant les volumes de plasma et de liquides interstitiels au moyen de l'épreuve jumelée au rhodanate de sodium et au bleu Chicago. Ces études ont montré le parallélisme étroit existant entre l'insuffisance hépatique et le degré de la rétention œdémateuse, apportant ainsi une contribution précise à la connaissance d'une forme œdémateuse de l'insuffisance hépatique.

Suppuration pulmonaire et cancer du poumon. — M. Rist rapporte l'observation d'un homme ayant présenté un cancer primitif du poumon, du type épithélioma malpighien, révélé par de petites hémoptysies et surtout des douleurs vives et tenaces. La radiographie montra une condensation creusée de cavités anfractueuses, et permit le diagnostic de cancer excavé du poumon. Au bout de plusieurs mois d'évolution, la masse néoplasique s'infecta et finit par s'ouvrir à la peau. A l'occasion de ce cas, l'auteur insiste sur la nécessité d'une intervention chirurgicale précoce, qui aurait seule des chances d'être curative, et il discute les rapports existant entre la néoplasie pulmonaire, l'excavation de la tumeur et l'infection, cette dernière survenant le plus souvent après que la tumeur s'est creusée du fait de la nécrose ischémique.

M. Ameuille souligne l'intérêt et la rareté d'une telle observation.

Un cas d'agranulocytose primitive suraiguë. — MM. Gauthier, Pierre Grenet et H. Bricaire rapportent un cas d'agranulocytose survenu chez une femme de soixante-neuf ans, de façon très brutale, et ayant entraîné la mort en trois jours. Le sang comme la moelle osseuse ne contenaient aucun élément granuleux. Une hémoculture donna du pneumocoque, mais il semble que ce ne soit là qu'un germe de sortie.

Épidémie familiale de botulisme. — M. Jean Fouquet rapporte une observation de 4 cas de botulisme survenus dans une même famille à la suite de l'ingestion d'un jambon mal fumé. Quoique présentant une symptomatologie très complète associant les troubles digestifs classiques aux paralysies oculaires, ces formes sont demeurées bénignes, ambulatoires même, et ont guéri sans incident après une convalescence prolongée. L'auteur insiste sur la

fréquence probable de ces cas légers de botulisme dont un grand nombre doivent être méconnus.

M. J. Decourt a, lui aussi, observé des cas analogues sur lesquels la strychnine à doses élevées a eu une heureuse influence. La voie sous-cutanée semble jouir d'une meilleure tolérance que la voie buccale.

Mme Roudinesco a vu des malades qui ont mal supporté la strychnine.

Présentation d'une « enfant des rayons ». — M. Lamy et Mlle Jamet présentent une enfant de vingt-six mois dont le développement physique et intellectuel est considérablement en retard sur celui des sujets normaux. Ces troubles paraissent occasionnés par une irradiation curiethérapique de l'utérus durant les premiers mois de la grossesse. A l'occasion de ce cas, les auteurs discutent l'influence de la radiothérapie et de la curiethérapie sur le développement du fœtus.

Cystinurie et calculs du rein chez deux sœurs. Étude de l'élimination soufrée. — MM. M. Gaultier et J. Lavagne ont observé chez deux enfants de six et trois ans une cystinurie avec lithiase rénale. Les incidents révélateurs de cette diathèse familiale furent ceux de toute lithiase urinaire, et amenèrent à pratiquer chez une des enfants une intervention chirurgicale qui fut rapidement suivie de l'apparition de nouveaux calculs.

Parmi les modifications les plus importantes des divers composés soufrés se trouve l'élévation de la méthionine sanguine avec augmentation considérable du quotient soufre méthionique/soufre total dans le sang et diminution du quotient soufre oxydé/soufre total dans les urines. Des recherches sur l'influence du régime alimentaire ou du *p*H urinaire sur la formation ou la précipitation de la cystéine, il résulte que les valeurs les plus satisfaisantes des rapports soufrés urinaires sont obtenues avec un régime carné et acidifiant, qui semblerait donc devoir être adopté.

M. Cathala fait remarquer que les travaux classiques attribuant à la cystine une origine carnée amenaient à supprimer la viande, ce qui présentait des inconvénients évidents.

M. Armand-Delille demande le rôle que peuvent jouer les malformations congénitales des voies urinaires sur la précipitation de la cystine, le rôle favorisant de ces malformations étant connu pour les autres types de lithiase.

M. Armand-Delille dépose le Bulletin de l'Œuvre Grancher.

Élections. — Sont nommés membres titulaires de la Société médicale des hôpitaux de Paris : MM. Antonelli, Facquet, Poumeau-Delille et Boudin. — Correspondants français : MM. Chaumerliac et Reilly. — Correspondant étranger : M. Briskas.

Séance du 29 janvier 1943.

Mort au cours d'une crise d'asthme après infiltration anesthésique du ganglion stellaire. — MM. Brulé, Hillemand, Delarue et Audoly rapportent l'observation d'une asthmatique ancienne, tout d'abord améliorée par la thérapeutique, mais qui revint ultérieurement en état de mal. Devant l'échec de toute thérapeutique, on fit pratiquer une infiltration du ganglion stellaire droit, mais la mort s'ensuivit en quelques minutes. Quoique rares, les cas de mort par infiltration du ganglion stellaire sont cependant connus, mais de pathogénie encore mal élucidée.

L'autopsie de la malade permit de retrouver les lésions que les auteurs avaient décrites en 1935 dans un cas d'asthme mortel, avant tout des phénomènes d'hypersécrétion bronchique qui oblitèrent les grosses bronches.

Pneumopathie récidivante coïncidant avec une éosinophilie sanguine prolongée. — MM. Brulé, E. Gilbrin et R. Viguié rapportent l'observation d'une femme qui présenta à trois reprises, en six mois, des manifestations pulmonaires non tuberculeuses, se traduisant radiologiquement par des opacités disséminées d'allure nodulaire diffuse, sans infiltrat vrai. Chaque fois les anomalies radiographiques disparurent en quelques jours. Cependant, durant les onze mois pendant lesquels cette malade fut suivie, elle présentait une éosinophilie sanguine oscillant entre 40 et 50 p. 100 sans que l'on puisse en déceler l'origine. Ce cas ne paraît pas pouvoir être classé dans le syn-

drome de Lœffler, mais semble une coïncidence de manifestations pulmonaires fugaces, de nature indéterminée, avec une grande éosinophilie prolongée.

Foyers multinodulaires labiles des poumons avec éosinophilie sanguine. — MM. P. AMEUILLE et R. MARMIER estiment que le syndrome de Lœffler n'est pas une entité pathologique et même que ses éléments n'ont rien de fixe. Dans plusieurs cas, au lieu de trouver à l'examen radiologique des « infiltrats labiles », ce sont des opacités micro-nodulaires qui ont été observées.

Les auteurs rapportent un cas personnel, un autre de J.-M. Lemoine, et rappellent celui de V. Hinault. Dans aucun de ces trois cas on n'a trouvé une explication suffisante de l'ensemble des faits observés, ni aucun moyen d'en établir la classification pathologique.

M. HUBER a eu l'occasion de rencontrer fréquemment des éosinophilies inexpliquées chez des enfants, présentant ou non un épisode pulmonaire.

Étude sur cinq cas d'œdème de carence alimentaire. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, JACQUES LOEPER et J. TABONE montrent : 1° que le régime déchloruré n'a pas une action particulière sur la disparition des œdèmes ; 2° qu'il n'y a pas de parallélisme étroit entre les signes cliniques et les signes humoraux ; 3° que l'élévation du taux des protides après un régime riche en viande est due à l'augmentation de la sérum-albumine.

M. GOUNELLE confirme les conclusions de M. Pasteur Vallery-Radot et montre que le taux des globulines, habituellement bas chez les dénutris avant l'apparition de l'œdème, évolue ensuite de façon très variable selon les cas. Les sujets qui présentent une affection bacillaire, favorisée par la carence, ont souvent un taux élevé de globulines.

M. GUY LAROCHE a observé dans les œdèmes carentiels des sujets présentant des différences considérables dans l'élimination du chlorure de sodium, sans que l'on puisse déceler l'origine précise de ces différences.

M. N. FIESSINGER estime que les résultats si différents des diverses explorations humorales peuvent être en partie imputés à la lenteur de la réaction de l'organisme, qui ne réagit qu'après un « temps mort » notable.

M. GOUNELLE précise que la plupart des sujets carencés qu'il a étudiés avaient un régime relativement pauvre en chlorure de sodium.

ROGER PLUVINAGE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier 1943.

Asystolie basedowienne traitée par thyroïdectomie subtotale élargie. — M. COURRIADES. — Rapport de M. PATEL.

La gastro-duodénostomie termino-terminale et termino-latérale après la gastrectomie large. — M. FINSTERER (de Vienne). — Lecture de M. WILMOTH. L'auteur précise les conditions techniques qui lui ont permis d'améliorer les résultats de ces procédés.

Quelques remarques sur les paralysies obstétricales du plexus brachial. — M. SORREL et Mme SORREL-DEJERINE, sur tous les cas observés, remarquent qu'il s'agissait — sauf deux fois — d'accouchements dystociques. C'est pratiquement toujours des paralysies du type supérieur, Duchenne-Erb. Les auteurs en étudient la symptomatologie. Sur 18 cas, 16 ont été suivis pendant plusieurs années. Sept cas guéris, dont un rapidement, soit 44 p. 100 de guérisons spontanées. Dans les autres cas il y a toujours eu amélioration, mais il a persisté des séquelles plus ou moins importantes. Les auteurs pensent que la lésion porte habituellement sur le trajet intrarachidien des racines ou sur les radicelles : il s'agit de lésions variables, rendant compte des différences d'évolution.

Pendant les premiers mois de la vie, les massages et l'électrisation des masses musculaires paraissent être le seul traitement logique.

Ce n'est que vers six ou huit ans que l'on pourra avoir à opérer : l'ostéotomie de dérotation de l'humérus paraît aux auteurs préférable aux ténotomies et transplantations tendineuses. M. Sorrel en précise la technique.

Dans le cas d'épaule ballante, il faudrait peut-être y ajouter une arthrodèse de l'épaule.

M. FÈVRE a observé un cas d'épaule ballante qui lui paraît justiciable d'une arthrodèse.

La place de la castration ovarienne dans le traitement des cancers du sein inopérables. — M. AMELINE et L. GALLY présentent 5 cas dans lesquels la castration ovarienne a paru avoir une influence favorable indéniable et un cas où un traitement folliculinique a, fortuitement, montré une aggravation de lésions depuis longtemps stabilisées. Il s'agit là de 6 cas sur une statistique de 185 cas de récidives de cancer du sein traitées par radiothérapie profonde au centre anticancéreux de Necker. Apportant un certain nombre de faits et d'observations, les auteurs se croient autorisés à conclure à l'influence de la sécrétion ovarienne sur certains cancers du sein.

Présentation de malade. — M. MERLE D'AUBIGNÉ.

Présentation de radiographies. — M. RICHARD.

JACQUES MICHON.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Appraillé (La Rochelle). — Le Dr A. Roume (de Dié, Drôme). — Le Dr Ch. Arihaud (de Coudrieu). — Le professeur Sabrazès (de Bordeaux). — Le Dr Milhit, médecin de l'hôpital Bretonneau.

FIANÇAILLES. — M. Marc Hardel, interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Monique Sockeel, fille de l'ingénieur principal des mines d'Aniche.

MARIAGE. — Le Dr Jean Husset (d'Avallon) avec Mlle Magdeleine Bierry, fille du professeur Henri Bierry, de Marseille, membre correspondant de l'Académie de médecine.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Baillet font part de la naissance de leur fille Marie-Louise. — Le Dr et Mme Meignant (de Nancy) font part de la naissance de leur fils Alain. — Le Dr et Mme Et. Boyer (de Villeneuve-Saint-Georges) font part de la naissance de leur fille Joëlle. — Le Dr et Mme Warnery font part de la naissance de leur fils Laurent.

Nous apprenons la naissance de Liliane Lesourd, fille de M. et Mme Olivier Lesourd et petite-fille de Mme et du Dr F. Lesourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux*. Nous adressons aux parents et grands-parents nos biens vives félicitations.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — Ont été inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé, à la suite des épreuves du concours du 9 novembre 1942 :

MM. les Drs Grill, Bellec, Gueunier.

Conseil supérieur de l'assistance de France. — Sont nommés vice-présidents du Conseil supérieur de l'assistance de France :

MM. Cholet et Imbert.

Sont nommés membres du Conseil supérieur de l'assistance de France :

MM. les Drs Blanquis, Clavelin, Nedelec, Jules Renault et M. Comar.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — **Concours du Prix Fililoux.** — Liste de MM. les membres du jury par ordre de tirage au sort.

MM. les Drs : Huet, Ramadier, Leroux-Robert, oto-rhino-laryngologistes ; Loeper, médecin ; Lenormant, chirurgien.

Médecins des hôpitaux. — Sous-admissibilité, 16 places. Jury définitif (ordre du tirage au sort) : MM. Janet, Chevallier, Jacob, Paisseau, Nicaud, Lian, Ahrami, Clément, Heuver, Hillemand, Rouquès, May, H. Bénard, Célice, Donzelot, Lenègre, Huber, Laedericb, Touraine, Marchal, Mme Bertrand-Fontaine, MM. de Sèze, Troisier, Binet.

Institut du cancer de la Faculté de médecine de Paris. — Un poste de médecin assistant de radiologie est disponible à l'Institut du cancer. S'adresser au Dr Surmont, 21, rue Clément-Marot.

Concours d'assistants en chirurgie. — Candidats admissibles : MM. les Drs Huguier, 30 points ; Lance, 29 ; Monsaingeon, 29 ; Verne, 29 ; Guenin, 29 ; Neyraud, 29 ; Champeau, 29 ; Laurance, 29 ; Olivier, 28 ; Denoix, 28 ; Coldefy, 28 ; Nardi, 28 ; Judet, 27 ; Le Roy, 27 ; Monod, 26 ; Thomeret, 26 ; Lascaux, 26 ; Barcat, 25.

HOSPICES CIVILS DE REIMS. — **Avis de concours.** — Des concours pour des postes de chirurgiens, médecin et dermatologiste suppléants s'ouvriront à l'hôpital civil de Reims, savoir :

1° Pour deux postes de chirurgiens suppléants, le mercredi 17 mars, à 8 h. 30.

2° Pour une place de médecin suppléant, le vendredi 19 mars, à 8 h. 30.

3° Pour une place de médecin dermatologiste suppléant, le vendredi 19 mars, à 8 h. 30.

Les inscriptions seront closes pour le concours de chirurgiene suppléants le 2 mars, et pour ceux de médecin et dermatologiste suppléants le 4 mars 1943.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction générale des hospices civils de Reims (Marne), 1, place Museux.

SANATORIUM. — L'arrêté du 13 octobre 1942 nommant M. le Dr Jacquet, médecin adjoint au sanatorium départemental du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), médecin adjoint au sanatorium des Tilleroyes (Doubs) a été rapporté.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Lian, agrégé, est nommé, à titre provisoire, à dater du 1er janvier 1943, professeur de la chaire d'histoire de la médecine à cette même Faculté, en remplacement de M. Lévy-Valensi, transféré dans une autre chaire.

Vacances des jours gras. — Par décision du Conseil de l'Université, les étudiants de la Faculté auront congé les lundi 8 et mardi 9 mars prochain.

Le secrétariat sera ouvert pendant ces deux jours de 12 à 15 heures.

La bibliothèque sera fermée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — La chaire de pathologie externe et oto-rhino-laryngologie, transformée en chaire de pathologie chirurgicale et de clinique oto-rhino-laryngologique, est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à compter du 26 janvier 1943 a été accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Lépine, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie et professeur, est placé dans la position prévue par l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Houpert est provisoirement chargé du cours de stomatologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Barthélemy, professeur de pathologie chirurgicale, est nommé professeur de clinique chirurgicale à cette même Faculté (chaire transformée).

M. Jean Barbier est chargé des fonctions de préparateur de médecine légale en remplacement de M. Lecoanet, démissionnaire.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. Olivier, professeur suppléant, est chargé de l'enseignement de clinique médicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — Sont renouvelés à compter du 1er octobre 1942 les chargés de cours : MM. Pradoux, chimie minérale, Matabou, chimie analytique.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — M. Leroy, professeur, est chargé du cours d'hygiène générale ; M. Lamache, professeur, est chargé du cours de pharmacologie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Par arrêté en date du 15 décembre 1942, une subvention de 300 000 francs est accordée, sur le chapitre 89 *bis* nouveau du budget du secrétaire d'Etat à la Santé pour l'exercice 1942, à l'Académie de médecine, pour lui permettre d'équiper son laboratoire de contrôle des médicaments antivénériens, en vue de procéder à l'examen des spécialités pharmaceutiques.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE. — Prix accordés en 1942. — *Prix Chupin*, biennal (1 400 francs), à M. J. Poinot (Bordeaux), pour son travail intitulé : Les blessures de l'abdomen. Résultat de 42 opérations (1939-1940).

Prix Gerdy, biennal (2 000 francs), à M. René Fauvert (Paris), pour son travail intitulé : Le retentissement des résections gastriques chirurgicales sur l'hématopoièse (Contribution à l'étude des anémies par agastrie).

Prix Le Dentu, annuel, décerné à l'interne en chirurgie (médaille d'or) du Concours de 1942, M. Germain.

Les prix *Duval-Marjolin, Edouard-Laborie, Dubreuil, Demarquay* ne sont pas décernés.

COURS ET CONFÉRENCES

Chaire de pathologie expérimentale et comparée (Professeur : M. Henri Benard). — M. le Dr André Lemaire, agrégé, a commencé ses conférences le jeudi 11 février 1943, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continue en février, le jeudi, et, à partir de mars, les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Sujet du cours : Endocrinologie expérimentale.

Cours de stomatologie. — M. le Dr Dechaume, chargé de cours, commencera le cours de stomatologie le lundi 5 avril 1943, à 17 heures (salle de thèses no 2), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Pathologie bucco-dentaire.

Conférences. — Le vendredi 26 février 1943, à 20 heures, à la Maison de la Chimie, 28, rue Saint-Dominique, Paris (7e), le Dr Hellmuth Unger parlera sur « Les hauts faits de la médecine allemande ».

La conférence sera faite en langue allemande. Le texte français sera à la disposition des auditeurs à l'entrée de la salle. (*Communiqué.*)

Clinique médicale de l'hôpital Bichat (professeur : M. Pasteur Vallery-Radot). — *Quelques aperçus sur ce que la France a apporté depuis le début du XXe siècle à la pathologie médicale.*

Ces conférences seront faites à l'amphithéâtre de l'hôpital Bichat, les mercredis suivants, à 10 h. 45 :

10 mars. — M. Georges Duhamel, de l'Académie française et de l'Académie de médecine : *Introduction.*

17 mars. — M. le professeur Lemierre, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine : *Les maladies infectieuses.*

24 mars. — M. Boivin, chef de service à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine : *Les vaccins et les sérums.*

31 mars. — M. Tréfouel, directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine : *La chimiothérapie.*

7 avril. — M. le professeur Bezançon, professeur honoraire à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine : *La tuberculose.*

14 avril. — M. le professeur Sézary, médecin de l'hôpital Saint-Louis : *La syphilis.* *(A suivre.)*

NOUVELLES DIVERSES

Préservation de l'enfance contre la tuberculose (œuvre Grancher). — Dans sa séance du 28 janvier, le Conseil d'administration a apporté les modifications suivantes au fonctionnement de l'Œuvre Grancher.

Bureau : MM. les Drs Renault, E. Sergent, Jean Hallé, P. Armand-Delille et le colonel Pierre Frustier.

Deux médecins délégués remplacent le secrétaire général adjoint : MM. les Drs Henri Janet, Jean-Louis Herrenschmidt.

Commission de contrôle : Me Jean Ader, notaire honoraire ; MM. les Drs Philippe Pagniez, Joseph Genevrier.

Commission du Bulletin et de la Propagande : MM. le Secrétaire général, le Trésorier, Joseph Desmars, Jean Hallé, Alfred Courcoux. Agent général administratif : M. Montjouvent.

Société de pathologie exotique. — *Le Centre de documentation et de recherches pour les sciences médicales exotiques* (Société de pathologie exotique), dont le siège est à l'Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux, à Paris, en accord avec le *Service de documentation du Centre national de la recherche scientifique*, est en mesure de procurer aux travailleurs qui en feraient la demande des photographies et des microfilms reproduisant des pages de mémoires ou d'articles de périodiques relatifs à la médecine exotique.

Le Centre de documentation tient à la disposition des personnes qualifiées des appareils de lecture pour microfilms.

REVUE DES LIVRES

Action des radiations sur les tissus : introduction à la radiothérapie, par A. Lacassagne et G. Gricouroff. (*Masson, édit.*, 1942.)

Le professeur Lacassagne, titulaire de la nouvelle chaire de Radiologie du Collège de France, qui a remplacé son maître regretté Regaud à la direction scientifique de l'Institut du Radium, et le Dr Gricouroff, chef de laboratoire à la fondation Curie, viennent de faire paraître, comme introduction à la Radiothérapie, un livre très important relatif à l'*Action des radiations sur les tissus*, qu'ils étudient si méthodiquement depuis de longues années.

Le premier chapitre donne des notions sur l'action biologique des radiations, l'analogie des diverses radiations ionisantes et les processus de dégénérescence des cellules tuées par irradiation.

Vient l'étude de leur action sur la peau, les épithéliums de revêtement, le tube digestif et ses glandes annexes, le système endocrine, les appareils génitaux mâle et femelle, l'embryon, le sang, le système nerveux et les organes des sens.

Le livre se termine par les procédés de destruction des cellules par les radiations, l'appréciation de la radio-sensibilité des cellules cancéreuses, avec données biologiques sur la thérapeutique des cancers.

Cette courte table des matières donne une idée bien incomplète de la somme de faits accumulés par les différents auteurs, qui ont fait avancer, lentement, mais sûrement, la cancérologie dans une voie scientifique et qui, bientôt peut-être, aboutira au succès thérapeutique tant espéré mais toujours reculé jusqu'ici...

La part de l'Institut du Radium, celle des Curie, des Joliot, des Regaud, de Claude de Regaud, de Holwek, est si belle qu'elle représente, pour notre pays malheureux, un immense patrimoine de gloire et d'espoir.

Avec Lacassagne et Gricouroff, la Fondation Curie continue d'être en bonnes mains...

P. Carnot.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

LES SUICIDES DANS LES MAISONS DE SANTÉ

Les événements de ces dernières années, les violences de la guerre, les privations, l'angoisse et l'inquiétude ont déterminé chez de nombreux malades une tendance au suicide, et nombreux sont les procès qui sont intentés par des héritiers aux directeurs des maisons de santé ou des cliniques, qui sont accusés de négligence, de défaut de surveillance, et à qui on impute la responsabilité de suicide survenu dans leurs établissements.

La première chambre du Tribunal de la Seine a eu à juger plusieurs affaires de ce genre, depuis quelques mois. Il paraît donc intéressant, avant d'indiquer les termes du dernier jugement, qui est du 15 décembre 1924, de préciser les principes de jurisprudence en la matière.

Il n'est pas douteux que les directeurs des maisons de santé soient responsables des fautes qui sont commises dans leurs établissements et qu'ils doivent réparer les dommages qui sont injustement causés.

Cette responsabilité a un double aspect : elle peut tout d'abord être une responsabilité contractuelle toutes les fois qu'il est établi que le dommage est survenu par le fait de l'inexécution des engagements pris par la maison de santé lors de l'admission du malade. A cette responsabilité contractuelle peut s'ajouter une responsabilité délictuelle ou quasi délictuelle quand les faits reprochés, soit au directeur, soit à ses préposés, constituent des fautes de droit commun, des imprudences, des négligences qui sont sans rapport direct avec la convention intervenue.

D'autre part, quand le directeur n'est pas seulement un administrateur de clinique, mais un médecin, d'autres fautes peuvent lui être imputées s'il a commis des erreurs de diagnostic graves ou s'il a montré une impéritie ou une incompétence telle qu'un médecin normal n'aurait pas commis les fautes qui ont entraîné l'acte dommageable.

Au contraire, et si aucun engagement précis de surveillance n'a été pris par le directeur, il peut se faire que ce soit le médecin traitant qui soit responsable du suicide par le fait qu'il a omis d'indiquer, lors de la présentation du malade, la nécessité d'un contrôle de tous les instants, les dangers d'un acte de violence et les tendances du neurasthénique ou de l'anxieux.

En cette matière, des principes ont été posés en 1938 par la Cour de cassation : un malade avait tenté à plusieurs reprises de se suicider; pour éviter le retour de ces tentatives, il avait été mis dans une maison de santé; quelques jours après, il se jetait par la fenêtre.

Sur pourvoi, la Cour de cassation a jugé, le 4 janvier 1938, que la Cour de Paris ayant constaté que la clinique était contractuellement tenue de deux obligations, comportant chacune une rémunération particulière, l'une de soigner le malade, l'autre de le surveiller, la responsabilité lui incombant du fait d'un défaut de surveillance avait nécessairement un caractère contractuel, et que l'arrêt de la Cour de Paris qui avait condamné la maison de santé à raison de la faute commise n'avait pas violé de texte de loi (*Gazette du Palais*, 11 mars 1938 ; *Paris médical*, 20 août 1938).

Cette jurisprudence confirmait d'ailleurs la doctrine habituellement suivie par les tribunaux.

En 1920, une femme atteinte de neurasthénie ayant profité du moment où elle faisait sa toilette seule pour se jeter par la fenêtre, le médecin, directeur de la clinique, avait été poursuivi en paiement de dommages-intérêts.

La malade souffrait d'anxiété, d'angoisses, elle craignait de rester seule, on lui avait affecté deux gardes pour qu'elle fût constamment surveillée. Elle avait été logée au premier étage.

Le Tribunal de la Seine débouta le mari de sa demande, pour ce motif que l'état de la malade n'était pas tel qu'on ne pût ne pas la quitter d'un instant, et que cet état ne nécessitait pas un internement dans une chambre aux fenêtres cadenassées.

La malade n'avait jamais manifesté l'intention de suicide.

Sur appel, la Cour de Paris nota tout d'abord que l'établissement du docteur X... était réservé aux malades atteints d'affections nerveuses à l'exclusion de tous ceux qui sont frappés d'aliénation mentale ;

Qu'au surplus il n'était pas établi que la malade eût donné des signes d'aliénation mentale, ni que son état d'inquiétude se soit aggravé.

Par conséquent, le médecin, directeur de la clinique, n'avait pas à redouter un suicide, ces précautions n'avaient été prises que pour lui permettre de suivre journellement la malade, et, par conséquent, aucune négligence ne pouvait lui être reprochée (Cour de Paris, 25 juin 1920; *Gazette du Palais*, 16 octobre 1920 ; *Paris médical*, 18 décembre 1920).

Une espèce similaire s'est présentée en 1935, à propos d'un médecin dirigeant une maison de santé de Nogent-sur-Marne, qui était poursuivi par les parents d'un neurasthénique qui s'était suicidé.

Le malade, du genre anxieux, présentait une grave dépression physique et intellectuelle. Le médecin qui dirigeait la maison de santé jugea prudent de lui attacher une garde, et il le plaça dans une chambre au deuxième étage, dont la fenêtre donnait sur une marquise vitrée.

Deux jours après son arrivée, le malade se jetait par la fenêtre et se blessait mortellement.

Devant la Cour, le médecin avait fait plaider que son établissement n'était pas destiné à abriter des déments, mais à traiter des neurasthéniques libres de circuler.

Cette fois, la Cour décida que le médecin avait commis une imprudence en plaçant le malade pour lequel il estimait une surveillance nécessaire dans une pièce dont les fenêtres s'ouvraient à volonté, qu'en conséquence le suicide du malade avait pour cause une négligence du médecin, qui, connaissant la situation d'anxiété grave du malade, n'avait pas pris les précautions nécessaires pour éviter un accident.



Ces exemples indiquent la pensée des juges, qui ne reconnaissent de responsabilité à la maison de santé que quand la direction a été mise au courant ou s'est trouvée mise au courant par son propre diagnostic des possibilités de suicide du malade.

La doctrine que nous venons d'indiquer est confirmée par les derniers arrêts et les derniers jugements rendus depuis quelques mois.

L'un des plus intéressants vient d'être rendu par la première chambre du Tribunal de la Seine, le 15 décembre 1942, sur la plaidoirie de Me Émile Charpentier.

Une femme se plaignait que son mari, ayant été placé dans une maison de santé d'Ivry, se soit suicidé par suite d'un défaut de surveillance. Elle réclamait 400 000 francs pour elle et 250 000 francs pour chacun de ses enfants.

Le malade, qui était atteint déjà depuis quelque temps d'une agitation anxieuse, avait été amené à l'établissement du Dr X..., qui l'avait lui-même examiné et qui l'avait placé en cure libre dans l'établissement.

Le lendemain après-midi, le malade, utilisant les draps de son lit qu'il avait soigneusement enroulés, se pendait à un crochet de portemanteau dans sa chambre.

A ce moment, l'infirmière l'avait laissé seul pour sa sieste et surveillait les chambres voisines.

Si nous appliquons la jurisprudence de la Cour de cassation, la seule question qui se pose est de savoir si le Dr X... avait commis une négligence de nature à engager sa responsabilité et, par conséquent, s'il était prévenu des dangers graves que pouvait déterminer le fait de laisser seul le malade.

Or le tribunal et les experts ont constaté que le médecin n'avait pas été averti d'une tentative antérieure de suicide, que le médecin traitant n'avait pas jugé opportun de rédiger un bulletin d'internement, et que l'examen du malade à son arrivée n'avait pas mis en évidence qu'on se trouvait en présence d'un grave état nerveux conduisant à prendre des précautions précises contre le suicide.

Les experts avaient, au surplus, fait remarquer que les mélancoliques savent se suicider avec discrétion et en utilisant des moyens imprévus, qu'ils savent également déjouer les pronostics et tromper les surveillances les plus sérieuses.

Il n'y avait donc à reprocher au Dr X... aucune faute, et la veuve a été déboutée de sa demande.

Ainsi se précise une fois de plus la thèse de la jurisprudence ; il ne suffit pas, comme on le croit trop aisément, qu'un neurasthénique ou un anxieux se suicide dans une maison de santé pour que celle-ci en soit responsable; encore faut-il que les demandeurs prouvent une faute caractérisée à l'encontre du directeur; il faut que cette faute soit en relation directe de cause à effet avec le suicide, et il n'y a imprudence ou négligence que si l'éventualité d'un suicide a pu être prévue, et surtout si la direction a été éclairée sur les tendances du malade.

ADRIEN PEYTEL.

LOI N° 941 DU 16 DÉCEMBRE 1942 RELATIVE A LA PROTECTION DE LA MATERNITÉ ET DE LA PREMIÈRE ENFANCE

EXTRAITS DU RAPPORT AU CHEF DE L'ÉTAT.

Les modalités de cette protection sont souples et larges, de manière à tenir compte des différentes conditions de lieu et de situation sociale, à coordonner et à compléter, sans le détruire, le travail effectué jusqu'ici par les organismes publics et institutions privées.

Pour la première fois apparaît dans la législation française une mesure d'eugénisme : le certificat d'examen médical avant le mariage, qui devient obligatoire, tout en ne restreignant en aucune façon la possibilité du mariage. La disposition incluse dans le projet n'a, en effet, pour but que de placer les futurs conjoints en face de leur conscience et de leur responsabilité. Cette mesure ne constitue qu'un premier stade qui, éventuellement, et compte tenu de l'expérience, pourra être modifié dans l'avenir.

La surveillance préventive et réorganisée. Cette surveillance, exercée jusqu'ici par des médecins inspecteurs, s'est parfois avérée insuffisante. Désormais, elle sera assurée principalement par les assistantes sociales, sous le contrôle des médecins inspecteurs de la santé. Les expériences des services sociaux ont, en effet, donné d'excellents résultats tant au point de vue sanitaire que social et moral ; mais elles sont insuffisantes, éparses et trop souvent anarchiques. Il est indispensable de les coordonner et de les généraliser sous l'autorité du préfet régional, qu'assisteront le directeur régional de la santé et de l'assistance et le délégué régional à la famille. Cette action sera menée en étroit contact avec les organisations professionnelles, et notamment avec les comités sociaux de la charte du travail.

La surveillance des femmes enceintes est organisée de telle sorte que le dépistage méthodique de la tuberculose et des maladies vénériennes puisse être réalisé.

Enfin, ce texte codifie la législation sur l'assistance aux femmes en couches et les primes d'allaitement, dont les taux devront être mis en rapport avec le coût actuel de la vie.

Par ailleurs, la protection sur les jeunes enfants est étendue jusqu'à l'âge de six ans, âge auquel commence la scolarité, dont le contrôle médical fait l'objet d'une réglementation spéciale. Chaque enfant sera doté obligatoirement à sa naissance d'un « carnet de santé », sur lequel seront mentionnées les constatations sanitaires le concernant.

Ainsi, dans un avenir prochain, les jeunes Français bénéficieront d'une protection efficace, qui leur a fait trop souvent défaut jusqu'à l'heure actuelle.

***

Voici les termes de cette loi :

Titre premier. — Organisation générale.

ARTICLE PREMIER. — La protection sanitaire et sociale des femmes enceintes et des mères ainsi que celle des enfants, de la naissance à l'âge de six ans, est organisée dans les conditions fixées par la présente loi.

ART. 2. — La protection médico-sociale maternelle et infantile est organisée dans la région sanitaire. Chaque région est divisée en circonscriptions dans le cadre du département, chacune de ces circonscriptions étant elle-même divisée en un certain nombre de secteurs.

La circonscription comprend un centre principal de protection maternelle et infantile, et accessoirement des centres secondaires.

Dans chaque département, la direction de la protection maternelle et infantile, au point de vue médico-social, est assurée sous l'autorité du directeur régional de la santé et de l'assistance, et par le médecin inspecteur de la santé.

L'administration en incombe à la division de la préfecture chargée des questions d'assistance et d'hygiène.

Le contrôle administratif et financier est effectué sous l'autorité directe du directeur régional de la santé et de l'assistance, par l'inspecteur des services de l'assistance.

Dans le département de la Seine, les attributions conférées par la présente loi aux médecins inspecteurs de la

santé et aux inspecteurs des services de l'assistance sont dévolues au directeur général de l'administration de l'assistance publique à Paris.

ART. 3. — La protection sociale de la famille est assurée dans chaque région sous l'impulsion et le contrôle du délégué régional à la famille, par les organismes de mutualité, d'assurances sociales, d'allocations familiales dépendant des organisations professionnelles, ainsi que par les associations familiales, les institutions ou œuvres privées.

Le contrôle technique sanitaire de ces divers services sociaux est assuré par les services de protection médico-sociale prévus à l'article précédent.

Dans chaque région, le préfet régional, assisté du directeur régional de la santé et de l'assistance, et du délégué régional à la famille, veille à la coordination de l'activité de tous les services sociaux ; il invite les institutions privées à prendre les initiatives nécessaires pour compléter les cadres des services d'assistance sociale. A défaut d'initiative privée, le préfet régional provoque, de la part des organismes publics, les nominations utiles et arrête un plan de coordination : il fait établir un fichier central des familles protégées et veille à ce que soit évité tout double emploi.

Titre II. — Certificat d'examen médical avant mariage.

ART. 4. — Il est ajouté à l'article 63 du Code civil un nouvel alinéa rédigé comme suit :

« L'officier de l'état civil ne pourra procéder à la publication en vue du mariage prévue à l'alinéa ci-dessus qu'après la remise par chacun des futurs époux d'un certificat médical datant de moins d'un mois, attestant, à l'exclusion de toute autre indication, qu'il a été examiné en vue du mariage.

« En cas d'inobservation de cette obligation, l'officier de l'état civil sera poursuivi devant le tribunal de première instance et puni d'une amende qui ne pourra excéder 100 francs.

« Les frais résultant de l'examen médical avant le mariage sont supportés comme suit :

« 1° Par les caisses d'assurances sociales en ce qui concerne leurs affiliés ;

« 2° Par le service de l'assistance médicale gratuite pour ceux qui en ont obtenu le bénéfice ;

« 3° Par les intéressés eux-mêmes lorsqu'ils ne sont ni assurés sociaux ni assistés. »

Titre III. — Protection des mères.

ART. 5. — *Examens médicaux.* — Toute femme enceinte doit, pour bénéficier des allocations en argent versées par l'État, par les collectivités publiques ou les établissements publics, par les caisses d'assurances sociales ou d'allocations familiales, suivre les conseils d'hygiène et de prophylaxie qui lui sont donnés par l'assistante sociale. Elle doit, en outre, faire l'objet d'au moins deux examens au cours de sa grossesse.

Le directeur régional de la santé et de l'assistance détermine, compte tenu de l'armement sanitaire dont il dispose, fixe la nature et les modalités des examens qui devront être pratiqués en vue du dépistage de la tuberculose et de la syphilis.

Ces examens sont pratiqués :

a. Soit par un médecin au choix de l'intéressé ;

b. Soit par un médecin d'un centre de protection maternelle et infantile ;

c. Soit par un médecin inscrit au service de l'assistance médicale gratuite pour les bénéficiaires de ce service.

Dans les deux derniers cas, les frais d'examen sont répartis conformément aux lois et règlements en vigueur.

La suspension partielle ou totale des allocations visées par le premier alinéa du présent article est prononcée par l'organisme payeur, notamment à la demande du directeur régional de la santé et de l'assistance, de l'inspecteur du travail ou du contrôleur des lois sociales en agriculture. Un décret déterminera pour chacune des administrations intéressées les conditions d'application du présent article.

ART. 6. — *Protection sociale.* — Les assistantes visitent à domicile les femmes enceintes dont l'état sanitaire ou la situation matérielle ou morale nécessite une protection particulière. *(A suive.)*

NÉCROLOGIE

ÉMILE FORGUE (1860-1942)

Un grand chirurgien vient de disparaître, le professeur Émile Forgue (de Montpellier), après une vie toute de travail, une vie d'activité chirurgicale intense, après un demi-siècle d'enseignement.

Il a pratiqué son métier avec une passion qui ne s'est jamais démentie ; grâce à une volonté impérieuse, à une foi ardente dans le travail, il a brûlé les étapes qui mènent au faîte des honneurs. Il a eu une carrière de jeune général du premier Empire, ainsi que le disait son ami Segond. Après son entrée au Val-de-Grâce, il est, à dix-neuf ans, préparateur de physiologie ; à vingt et un ans, prosecteur d'anatomie ; à vingt-trois ans, sous la direction de Lannegrace, il publie, sur la *Distribution des racines motrices dans les muscles des membres*, une thèse qui fait époque et qui fixe, avec les recherches de l'Anglais Sherrington, les localisations radiculaires de la moelle.

En 1884, il sort du Val-de-Grâce et travaille dans le laboratoire de Farabeuf. A vingt-cinq ans, il est agrégé de chirurgie ; à trente ans, professeur de médecine opératoire ; à trente-cinq ans, il succède à Dubreuil dans la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de Montpellier. Comme on le voit, ce fut une course d'obstacles, un « steeple-chase », ainsi qu'aimait à le dire Forgue lui-même, et combien rapide !

Esprit encyclopédique, il s'est intéressé à tout : anatomie, physiologie, pathologie ; il a formé toute une pléiade de chirurgiens qui l'honore ; il a été non seulement un enseigneur remarquable, mais un éducateur de jugement sûr, de loyauté parfaite. Son dévouement pour ses malades fut au-dessus de tout éloge.

L'œuvre de Forgue est immense, trop importante pour être rappelée dans une notice que nous sommes, à l'heure actuelle, obligé d'écourter. Nous tenons seulement à rappeler son *Guide des accidents du travail*, en collaboration avec Jeanbrau, qui, par sa clarté, sa précision, rendit tant de services aux médecins experts ; son *Traité de gynécologie*, avec Massabuau, ouvrage remarquable, soigneusement documenté et fortement pensé, qui eut un grand succès.

Dans ces dernières années, il fit paraître, avec Aimes, les *Pièges de la chirurgie* en diagnostic et thérapeutique, où il envisage les erreurs et fautes ou faits présumés tels, les conditions et les limites de la responsabilité. Il poursuit un double but : mettre le chirurgien en garde contre les accidents chirurgicaux qu'il peut rencontrer dans la pratique, et définir sa responsabilité légale. Les nombreux faits cités, la grande expérience d'expert de Forgue confèrent à ce livre un intérêt puissant et une importance pratique considérable.

Tout récemment, avec « la sérénité d'âme qui, au soir de la vie, descend sur la pensée », il publiait, sous le titre « *Vie de chirurgien*, La Philosophie de mon métier », un véritable testament scientifique, d'une lecture passionnante.

Mais j'ai laissé pour la fin son plus beau titre de gloire, son *Précis de pathologie externe* en deux volumes, dont le succès a été prodigieux, attesté par ses dix éditions. Précision, clarté, mise à jour excellente et, qualité encore plus rare, unité, le tout dans une langue élégante. La pathologie externe y est exposée avec un judicieux équilibre par la sélection des faits essentiels ; elle est abondamment illustrée par des figures nombreuses et des schémas originaux. Quand on pense que c'est un seul chirurgien qui a rédigé ces deux volumes si parfaits, dont se sont littéralement imprégnés toute une série d'étudiants et de praticiens depuis quarante ans, on ne peut que s'incliner bien bas devant pareille maîtrise.

Forgue a mérité — et il a obtenu jeune — tous les honneurs : Académie de chirurgie, Académie de médecine, Institut. Il a présidé en 1908 le Congrès de l'Association française de chirurgie ; il était commandeur de la Légion d'honneur.

ALBERT MOUCHET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 février 1943.

Insulino-résistance temporaire au cours d'un coma diabétique. — M. ROBERT TIFFENEAU rapporte un cas de coma diabétique où l'étude des variations des constituants humoraux sous l'influence de l'insulinothérapie a permis de distinguer deux phases successives d'insulino-résistance puis d'insulino-sensibilité. Cette observation montre que l'insulino-résistance n'est pas l'apanage exclusif des formes mortelles, et qu'elle peut régresser sous l'influence de fortes doses d'insuline. La guérison du coma peut survenir tant que des lésions viscérales irréductibles ne sont pas constituées.

En outre, le passage de la première à la seconde phase s'est accompagné d'une brusque décharge uratique. L'acide urique ne peut s'éliminer pendant la phase d'acidose, car il n'est excrété que sous la forme d'urates alcalins, dont la formation n'est possible que lorsque les bases qui saturaient les corps cétoniques se trouvent libérées.

M. JUSTIN-BESANÇON rapproche, de l'inactivité de l'insuline au cours de la phase d'acidose, l'absence d'hypertension adrénalinique chez l'animal en état de collapsus et d'acidose. Ce n'est qu'après une forte augmentation de la réserve alcaline que l'adrénaline et les analeptiques vasculaires retrouvent leur action normale.

Néphropathie aiguë post-arsénobenzolique. Guérison rapide par la novocaïne intraveineuse. — MM. ÉTIENNE MAY, A. NETTER et GERBAUX communiquent une nouvelle observation de néphropathie aiguë arsénobenzolique, avec anurie presque complète et albuminurie à 15 grammes par litre. Il existait en outre des radiculalgies de la racine des quatre membres, qui témoignaient de la nature vaso-motrice des accidents. Une injection intraveineuse de 2 centigrammes de novocaïne, faite vingt heures après le début des accidents, fit disparaître en une heure les douleurs et rétablit la diurèse (3 litres d'urine sans albumine dans la journée). La novocaïne, qui est une thérapeutique active en pareil cas, mériterait d'être essayée dans les néphrites aiguës anuriques, avant de s'adresser aux thérapeutiques telles que la décapsulation rénale.

Augmentation progressive du taux de l'albumine dans une ascite curable. — MM. ÉTIENNE MAY, A. NETTER et A. GERBAUX montrent que, si l'on observe souvent un appauvrissement en albumine de l'ascite à évolution mortelle, le phénomène inverse peut se voir dans les cas qui guérissent. Dans un cas, ils ont vu le taux d'albumine passer de 7 à 46 grammes par litre. Cette évolution exceptionnelle au cours des autres épanchements semble due à une résorption plus rapide de l'eau que de l'albumine, dont le taux relatif augmente.

M. LEMIERRE a constaté une augmentation du taux de l'albumine chez des cirrhotiques présentant une tuberculose péritonéale presque latente au cours de l'évolution de leur cirrhose. D'autre part dans les tumeurs ovariennes, une forte teneur de l'ascite en albumine doit faire redouter l'envahissement du péritoine.

M. FIESSINGER a, lui aussi, observé une augmentation du taux de l'albumine dans les cas où survenait une tuberculose péritonéale.

Épidémie française de leptospirose à « L. grippotyphosa ». — MM. JACQUES DECOURT, A. BRAULT et Mme KOLOCHINE-ERBER rapportent la première épidémie française d'une variété de leptospirose anciennement décrite en Allemagne, en Russie, aux Pays-Bas, sous les noms de fièvre des eaux, fièvre des champs, des boues, des marais, des moissons, etc., et due à un leptospire dénommé par les auteurs russes *L. grippotyphosa*. Ce leptospire, morphologiquement identique au *L. ictero-hémorragiæ*, en diffère par ses propriétés antigéniques. Les auteurs ont pu l'identifier par l'étude des réactions d'agglutination et de lyse pratiquées avec le sérum des malades en présence d'un grand nombre de souches de leptospires conservées à l'Institut Pasteur.

Cliniquement, la maladie rappelle par certains points la spirochétose ictéro-hémorragique, mais en diffère par l'absence d'ictère et la plus grande bénignité. Les cas rapportés par D., B. et K. ont été observés chez des adolescents appartenant à une même colonie de vacances et qui avaient pris des bains de rivière. La contamination se fait par l'intermédiaire de l'eau souillée par une souris des champs qui semble représenter le réservoir de virus.

(Voir la suite page V.)

Leptospirose à « L. grippotyphosa », compliquée d'un syndrome myoclonique du type encéphalitique. — MM. Jacques Decourt et A. Brault rapportent l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans, atteint de leptospirose à *L. grippotyphosa*, et qui, vingt-trois jours après l'épisode fébrile initial, au moment où s'ébauchait une recrudescence thermique, présenta des myoclonies comparables à celles que l'on voit au cours de l'encéphalite épidémique. Ces myoclonies durèrent pendant près de cinq semaines, accompagnées d'une légère lymphocytose du liquide céphalo-rachidien avec hyperglycorachie.

Les auteurs rappellent, à ce propos, qu'un syndrome myoclonique analogue a été observé au cours d'une rechute de spirochétose ictéro-hémorragique par MM. Villaret, H. Bénard et P. Blum. Il semble donc que divers leptospires puissent occasionner des encéphalites à formes myocloniques.

M. P. Mollaret rappelle les travaux anciens et récents qui se sont occupés de cette variété de leptospirose, dont un grand nombre de cas ont été observés dans diverses régions. Le réservoir de virus est une souris à habitat aquatique. Il souligne les difficultés de préciser les rapports de ce leptospire avec les espèces voisines, et indique que l'on ne connaît pas d'animal réceptif susceptible de présenter la maladie. On peut déceler le spirochète dans le sang par hémoculture faite dès le début de l'affection. On connaît quelques cas de leptospirose à *L. grippotyphosa* ayant donné lieu à des complications encéphaliques. Cette leptospirose forme, avec la spirochétose ictéro-hémorragique et une leptospirose d'origine canine, le groupe des leptospiroses reconnues sur le territoire français.

Un cas de macrogénitosomie précoce. — Mme Roudinesco présente un enfant de dix ans présentant, en outre du syndrome de puberté précoce, une paraplégie spasmodique et un syndrome cérébelleux des membres supérieurs. Cet enfant a fait à l'âge de quatre ans une poussée d'hydrocéphalie d'origine vraisemblablement inflammatoire.

Un cas de syndrome endocrino-musculaire hypothyroïdien et myotonie fruste. — MM. F. Coste, R.-J. Mion et J. Sicard présentent une femme de quarante-sept ans atteinte d'une hypothyroïdie et de troubles de la contraction musculaire apparus simultanément et régressant ensemble sous l'effet du traitement par la thyroxine. Ils précisent les caractères électrologiques des troubles et montrent les analogies entre ce cas et ceux qui ont été rapportés au cours de ces dernières années.

M. Mollaret estime que l'on peut voir, au cours des hypothyroïdies, des cas très différents dont les uns s'apparentent à la maladie de Thomsen, les autres aux myopathies hypertrophiques sans hypertrophie, d'autres, enfin, après une longue évolution, aux myotonies atrophiques. Il propose de ranger ces affections sous la dénomination de « dystrophie musculaire thyroïdienne ».

Roger Pluvinage.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 20 janvier 1943.

Traitement des fistules broncho-cutanées non tuberculeuses par cautérisation au crayon de nitrate d'argent. — MM. Desbonnets et d'Hour. — Rapport de M. Robert Monod.

Valeur de la résection sous-capsulo-périostée dans le traitement des plaies de guerre des grandes articulations des membres. — MM. L. Bachy (de Saint-Quentin) et André Morel (de Lyon). — Rapport de M. Roux-Berger.

Les auteurs apportent onze observations complètes de résections de drainage chez des blessés suppurant depuis des semaines avec un ensemble de résultats satisfaisants.

1° Trois observations d'occlusion intestinale aiguë par ascaris.

2° Syndrome de sténose pylorique par ascaris chez une enfant de quinze ans. — M. Daniel Ferey (de Saint-Malo).

Un cas d'éventration diaphragmatique droite vérifié par la laparotomie. Intérêt du pneumo-péritoine pour le diagnostic des tumeurs de la zone frontière thoraco-abdominale. — MM. Robert Monod et Azoulay ont

observé un cas d'éventration diaphragmatique dont l'image simulait au premier abord une tumeur kystique de la base droite. Le pneumo-péritoine montra qu'il s'agissait certainement de tumeur d'origine abdominale. A l'intervention : éventration congénitale diaphragmatique droite avec grosses anomalies de lobulation du foie.

A ce cas les auteurs ajoutent une seconde observation de cette rare affection appartenant à M. CATHALA.

Conservation de la circulation normale des ovaires au cours de l'hystérectomie. — MM. PIERRE BROCQ, ARVISET et RUDLER proposent une technique qui sauvegarde à coup sûr l'intégrité de la circulation ovarienne grâce à la conservation d'une petite bande de muscle utérin le long de l'artère. Ils en exposent la technique et les résultats, et insistent sur les indications de cette intervention, qui s'adresse en particulier aux hystérectomies pour métropathies et aux fibromes ne déformant pas les bords utérins. Elle semble pouvoir remplacer avantageusement l'hystérectomie fundique dans de nombreux cas.

M. MOCQUOT insiste sur le rôle que semble jouer l'endomètre à côté de la vascularisation dans la conservation fonctionnelle des ovaires.

M. DESMAREST ne pense pas que la conservation intégrale de la circulation ovarienne soit d'un intérêt pratique certain ; il reproche de plus à cette intervention la rareté de ses indications.

M. FÉREY pense que la circulation ovarienne est assurée si l'on place la pince tout près de la corne utérine et conserve la trompe.

Séance du 27 janvier 1943.

Corps étranger du côlon transverse. — M. BAILLIS. — Rapport de M. A. MOUCHET.

Entéro-anastomose d'intestin grêle et côlon descendant à une phase presque ultime d'une occlusion intestinale et dans des conditions techniques très spéciales. — M. BAILLIS.

M. A. MOUCHET rapporte cette observation, dans laquelle il s'agissait d'une occlusion par périviscérite post-opératoire.

Radioscopie et staphylorraphie. — M. VICTOR VEAU et Mme BORREL-MAISONNY ont utilisé la radioscopie chez leurs opérés pour division palatine. Le voile ne se comporte pas comme un sphincter, mais comme un clapet qui en s'élevant touche le toit du cavum. La principale qualité du voile reconstitué est sa mobilité.

L'occlusion du pharynx dépend aussi de la profondeur du cavum, qui est en cause dans les mauvais résultats phonétiques quand on opère des adolescents. Après s'être élevés contre les pharyngoplasties, les auteurs montrent qu'on peut obtenir un allongement du voile par la section sous-muqueuse de l'aponévrose palatine.

Une forme particulière de fracture de Monteggia chez l'enfant. Guérison. — MM. SORREL et KROPFT relatent cette observation, dans laquelle la fracture du cubitus entraînait un tassement considérable, qui fut réduit grâce à une interposition de greffes entre les deux fragments. Résultat excellent.

Amputation inter-ilio-abdominale pour chondrosarcome du fémur. Guérison. — M. P. HUET insiste sur la plasticité de cette opération dont on peut modifier les sections osseuses et la taille des lambeaux suivant le siège des lésions. Il a utilisé la table orthopédique et considère comme inutile de faire un clampage de l'iliaque primitive au début de l'intervention.

MM. RICHARD et MOULONGUET considèrent que le terme de l'amputation inter-ilio-abdominale n'est pas exact en raison du siège des sections osseuses faites.

M. HUET rappelle qu'il y a désarticulation et amputation inter-ilio-abdominale.

Présentation d'une aplasie discale. — M. PETIT-DUTAILLIS.

Au début de la séance, M. L. BAZY, président sortant, avait proclamé les prix décernés par l'Académie et annoncé que deux dons avaient été faits à l'Académie : un portrait d'Ambroise Paré, par Clouet, offert par une généreuse donatrice, et une somme de 200 000 francs adressée par Mme de Martel pour créer un prix triennal.

Bureau pour l'année 1943 : MM. HEITZ-BOYER, président ; ROUX-BERGER, vice-président ; P. BROCQ, secrétaire général ; de GAUDART D'ALLAINES, secrétaire annuel ; TOUPET, trésorier, et BASSET archiviste.

JACQUES MICHON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 janvier 1943.

Action du sulfate d'atropine sur le choc anaphylactique du lapin. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HOLTZER, à des lapins sensibilisés au sérum de cheval, ont injecté par voie intraveineuse des doses variables de sulfate d'atropine avant l'injection déchaînante. Le sulfate d'atropine n'a pas empêché la chute de pression caractéristique du choc anaphylactique : il ne paraît donc pas avoir d'action protectrice vis-à-vis du choc anaphylactique du lapin.

Action de la vagotonine sur l'insulino-sécrétion. — MM. D. SANTENOISE, G. VALETTE et E. STANKOFF, ayant constaté que l'administration de vagotonine totalement exempte d'insuline provoque chez le chien normal anesthésié ou non anesthésié une chute de glycémie, ont mis en évidence par anastomose pancréatico-jugulaire l'existence d'une décharge d'insuline à la suite de l'administration de vagotonine.

Toutefois, l'abaissement de la glycémie d'une part chez des animaux vagotomisés et d'autre part chez des animaux dépancréatés montre que la vagotonine intervient dans la glyco-régulation non seulement par stimulation de l'insulino-sécrétion, mais encore par des effets propres, distincts de ceux de l'insuline.

L'excitabilité musculaire dans les polynévrites expérimentales. — M. PAUL CHAUCHARD et Mme H. MAZOUÉ montrent que ces lésions polynévritiques, silencieuses à l'examen électrique, qui ne décèle que des variations d'excitabilité d'origine centrale, se manifestent cependant par les modifications d'excitabilité des fibres musculaires dont l'innervation est interrompue. Ce sont, dans les polynévrites, les troubles centraux qui sont primitifs, et conditionnent vraisemblablement les lésions nerveuses périphériques.

De la production de la toxine tétanique à l'aide d'un milieu de culture à base de digestion pepsique et de digestion papaïnique de viande et de foie de cheval. Utilisation des « extraits de malt » comme souche glucidique. — M. G. RAMON, Mlle GERMAINE AMOUREUX et M. J. POCHON donnent la formule d'un milieu de culture complexe, mais particulièrement bien adapté aux difficultés actuelles et permettant d'obtenir économiquement et en grandes quantités la toxine tétanique, et, partant, l'anatoxine correspondante.

Réactions cellulaires locales provoquées, chez le lapin, par l'injection intradermique de mélanges de virus vaccinal et d'immunsérum. — MM. J. VIEUCHANGE et JEAN-C. LEVADITI ont observé que la neutralisation du virus par l'immunsérum ne s'accompagne d'aucune réaction inflammatoire. La nature et l'évolution des lésions sont identiques, qu'il s'agisse de mélange incomplètement neutralisé ou du virus pur : il existe une simple différence de degré dans l'intensité des réactions. La présence de corps de Guarnieri dans les cellules épidermiques, au niveau des différents points d'inoculation, traduit la nature jennérienne de toute la gamme des suspensions étudiées.

Appréciation des propriétés bactériostatiques des corps sulfamidés par respirométrie. — MM. R. PÉRAULT et J. CHOUTEAU ont employé le respiromètre de Warburg pour mesurer le taux de croissance de germes soumis à l'action de corps sulfamidés ; ils ont pu ainsi apprécier le pouvoir bactériostatique des dérivés sulfamidés par un procédé différent de la technique néphélémétrique, qui mesure la concentration totale en corps microbiens.

Relation entre la quantité d'antigène et la vitesse de fixation de l'alexine dans la réaction de Bordet-Wassermann. — MM. H. ROCHER et J. CHOUTEAU ont pu obtenir des séries de courbes montrant cette relation en faisant varier, dans 312 réactions de fixation du complément, simultanément, la concentration d'antigène et le temps de fixation, et en dosant le complément libre par la méthode des dilutions multiples.

F.-P. MERKLEN.

INFORMATIONS

REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE

L'Institut Pasteur nous prie de communiquer la note suivante :

Il est rappelé aux médecins que les *doses de sérum antidiphtérique* actuellement recommandées ne sont ni les doses faibles préconisées jadis, ni les doses exagérées proposées il y a quelques années.

L'accord à peu près unanime s'est fait aujourd'hui pour injecter une *quantité totale* qui varie entre 30 000 et 80 000 unités suivant la gravité du cas et l'âge du malade.

Beaucoup de médecins, depuis les travaux de MM. Ramon et Debré, sont partisans de l'injection massive et unique, toute la dose injectée en une seule fois, dès que le diagnostic est soupçonné ou reconnu.

On peut employer en toute sécurité les sérums à 3 000 unités, plus faciles à se procurer actuellement.

Une autre remarque peut être faite, non pas sur la sérothérapie, mais sur la *vaccination préventive* par l'anatoxine diphtérique de Ramon. Certains médecins craignent de vacciner en *milieu épidémique* ; cette crainte n'est pas justifiée. Il faut, au contraire, vacciner en pareil cas. Le sérum à titre préventif ne doit être employé que pour les sujets en contact immédiat avec un diphtérique.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Daujean, médecin chef honoraire des hôpitaux psychiatriques. — Le Dr Moreau-Marmant (de Paris). — Mlle le Dr E. Bœgner de Pressensé (de Paris). — Le Dr P. Fournier (de Versailles).

FIANÇAILLES. — Mlle Edith Courty, fille du Dr Courty, et M. R. Lehembre. — Mme le Dr et M. J.-H. de Leeuw annoncent les fiançailles de leurs filles : Paule, avec M. J.-L. Barbotin, et Javotte, avec M. J. Nydam, à Margency (Seine-et-Oise).

MARIAGES. — Mlle Blanche Gaté, fille du professeur Gaté, de Lyon, avec le Dr Jean Duverne, médecin dermatologiste des hôpitaux et médecin chef du Dispensaire antivénérien de Saint-Etienne. — Le Dr L. Dutter (de Rouen), avec Mlle F. Delafosse. — Mlle Germaine Mirtin, fille du Dr Mirtin, avec M. M. Gizard.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme C. Devriendt font part de la naissance de leur fils Régis. — Le Dr et Mme J. Martin font part de la naissance de leur fille Marie-Antoinette. — Le Dr et Mme H. Gounelle font part de la naissance de leur fille Thérèse. — Le Dr et Mme P. Coignerai font part de la naissance de leur fille Catherine.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — Mme le Dr Midrouillet, médecin inspecteur adjoint de la Santé en disponibilité, a été réintégrée dans les cadres et affectée au département de la Drôme.

L'arrêté du 10 novembre 1942 nommant Mlle le Dr Thomas médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de l'Aude a été rapporté.

L'arrêté du 4 janvier 1943 nommant Mlle le Dr Guyon, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de l'Ain a été rapporté.

Mlle le Dr Thomas a été nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du Tarn au maximum pour la durée des hostilités.

Mlle le Dr Guilloud de Courbeville a été nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de l'Ain au maximum pour la durée des hostilités.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Fey, agrégé, a été délégué dans les fonctions d'agrégé chargé de l'enseignement de l'urologie en remplacement de M. Chevassu, en congé.

M. le professeur Petit-Dutaillis fera sa leçon inaugurale le lundi 15 mars 1943, à 18 heures, au grand amphithéâtre.

M. le professeur Chevassu est placé dans la position prévue par l'article premier de la loi du 17 juillet 1940.

Il bénéficiera, dans cette position, des dispositions prévues par l'article 2 de ladite loi.

M. Dérobert, assistant de médecine légale, est chargé du cours complémentaire de médecine légale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Fontan, agrégé, a été chargé de la direction des Services de l'ancienne chaire de clinique médicale des maladies des enfants.

M. Rivière, agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur de la chaire de clinique d'accouchement à cette même faculté, en remplacement de M. Anderodias, retraité.

M. le Dr Bessière est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1942-1943, chef de laboratoire d'ophtalmologie.

MM. Mahon, Magendie et Ponyanne ont été nommés agrégés à compter du 1er octobre 1942.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Bertrand, assistant, est provisoirement chargé des fonctions de chef de travaux de chimie minérale et toxicologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Roux, délégué, chef de travaux de physique biologique, est chargé provisoirement des fonctions d'agrégé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Laporte, assistant de médecine légale, est nommé chef de travaux pratiques

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. Lardennois, professeur suppléant, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie chirurgicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — M. Lefeuvre, ancien professeur de physiologie, est nommé professeur honoraire.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'assistants en médecine. — Sont nommés assistants en médecine :

MM. les Drs : Grossiord André ; Chassagne Pierre ; Lamotte Michel ; Fauvet Jean ; Pêcher Yves ; Mozziconacci Pierre ; Hanaut André ; Perrot Raoul-Maurice ; Arnous Jean ; Tardieu Guy ; Brissaud Henri-Edouard ; Grenet Pierre-Marie-Alphonse ; Gerbeaux Jacques-Henri ; Boulenger Pierre ; Claisse Robert ; Droguet Paul ; Pautrat Jean-Antoine ; Rogé Raymond ; Trotot Raymond ; Bouvier Jean-Baptiste ; Plas Fernand ; Combes-Hamelle André ; Ordonneau Paul-Albert ; Le Cœur Jacques-Yves ; Herrenschmidt Jean-Louis ; Teyssier Louis ; Lepintre Yves-Gustave ; Di Matteo Jean ; Jacquot André ; Eck Marcel ; Nouaille Jean ; Dupuy Raymond ; Ledoux-Lebard Guy-Marcel ; Mande Raymond ; Raynaud Maurice ; Basset André ; Cler René-Albert ; Guillemin Georges-Eugène ; Mlle Lotte Alice-Andrée ; M. Blanchard Jacques-Maurice.

M. le Dr Macrez Claude, candidat en 1939 au concours de médecin des hôpitaux et actuellement en captivité, est nommé assistant en médecine des hôpitaux.

Concours d'électro-radiologiste. — Sont nommés assistants d'électro-radiologie :

Mme le Dr de Leeuw Juliette ; MM. les Drs Frain Charles-Pierre ; Lefebvre Jacques ; Liquier André ; Salaun Olivier ; Monmignaut François-Guy.

M. le Dr Frain étant actuellement prisonnier, sa situation fera l'objet de dispositions spéciales à son retour.

HOPITAL BICHAT. — Ouverture d'une nouvelle consultation pour maladies du travail. — Une consultation spécialisée dans les maladies du travail aura lieu tous les samedis matin, de 9 heures à 12 heures.

Cette consultation sera assurée dans le pavillon II, par M. le Dr Claude Gautier, médecin des hôpitaux de Paris, et son assistant, M. le Dr Eck, médecin inspecteur général du travail.

Concours pour la nomination à quatre places d'attachés d'électro-radiologie. — Ce concours sera ouvert le lundi 15 mars 1943, à 9 h. 30.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 1er mars 1943 inclusivement, de 15 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (escalier A, 2e étage).

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Thèses de doctorat des prisonniers de guerre. — Les prisonniers de guerre, candidats à un doctorat d'État ou à un doctorat d'Université, ayant obtenu le permis d'imprimer leur thèse, pourront, sur leur demande, et sous réserve des conditions indiquées ci-après, être dispensés de la soutenance.

Quatre exemplaires dactylographiés de la thèse devront être déposés à la Faculté. La réunion du jury aura lieu dans un délai de trois mois à partir du jour du dépôt de ces exemplaires.

Si le candidat est encore en captivité, ou s'il est rapatrié depuis moins d'un mois au moment de cette réunion, le jury pourra, après délibération, lui conférer le grade de docteur.

Lorsque le dépôt des exemplaires à la Faculté a eu lieu avant la date du présent décret, les dispositions précédentes restent applicables, mais le délai de trois mois fixé à l'article 2 est à compter à partir de la date du présent décret.

Au cas où le candidat reçu docteur dans les conditions prévues ci-dessus désire obtenir une mention ou demander un emploi dans un poste d'enseignement supérieur, il devra subir l'épreuve de la soutenance dans un délai d'un an à dater de sa libération.

Diplôme spécial de médecins conseils des Assurances sociales. — Le diplôme de médecin conseil des Assurances sociales institué par l'article 2 (par. 1er) de l'arrêté du 16 novembre 1941, relatif à l'organisation du contrôle médical des Assurances sociales, est délivré par l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales aux candidats ayant régulièrement suivi l'enseignement spécial visé à l'article 2 ci-après et ayant subi avec succès l'examen prévu à l'article 3 du présent arrêté.

L'enseignement préparatoire à l'obtention du diplôme de médecin conseil des Assurances sociales est donné par l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales. Il comprend les cours théoriques et des stages pratiques dans des services médico-sociaux et des organismes d'Assurances sociales.

Sont seuls admis à s'inscrire pour ces études les candidats de l'un ou de l'autre sexe, français d'origine, titulaires du diplôme de docteur en médecine de l'État français, inscrits à l'Ordre des médecins et n'ayant été sous le coup d'aucune mesure disciplinaire, ou titulaires de vingt inscriptions à une Faculté de médecine.

A l'issue des cours et des stages pratiques, les candidats sont appelés à subir un examen en vue de l'obtention du diplôme de médecin conseil des Assurances sociales. Les épreuves ont lieu au siège de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique médicale de l'hôpital Bichat (Professeur : M. Pasteur Vallery-Radot). — Quelques aperçus sur ce que la France apporte depuis le début du XXe siècle à la pathologie médicale (*suite*).

Ces conférences seront faites à l'amphithéâtre de l'hôpital Bichat, les mercredis suivants, à 10 h. 45.

5 *Mai.* — M. R. Huguenin, agrégé, médecin de l'Institut du cancer : Le cancer.

12 *Mai.* — M. le professeur Laubry, professeur honoraire à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine : Les maladies du cœur.

19 *Mai.* — M. le professeur Pasteur Vallery-Radot, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine : Les maladies des reins.

26 *Mai.* — M. le professeur Chiray, professeur à la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux : Les maladies du foie et des voies biliaires.

2 *Juin.* — M. Alajouanine, agrégé, médecin de l'hospice de Bicêtre : Les maladies du système nerveux.

Cours de pathologie chirurgicale. — A dater du mercredi 24 mars 1943, M. le Dr Roger Couvelaire, agrégé, fera, le mercredi de chaque semaine, à 18 heures, au lieu et place de M. le professeur Petit-Dutaillis, une leçon sur la pathologie chirurgicale du rein.

Chaire d'histoire de la médecine. — M. le professeur Camille Lian fera sa leçon inaugurale le samedi 20 mars 1943, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera son cours, les mardis et samedis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Sujet du cours. — L'auscultation du cœur, de Laennec à nos jours.

REVUE DES LIVRES

Vie de chirurgien. La philosophie de mon métier, par le professeur Emile Forgue, membre de l'Académie de chirurgie, associé national de l'Académie de médecine, membre de l'Institut. Un fort volume de 393 pages, 1942. (*Librairie Maloine, Paris.*)

C'est une vie de chirurgien exceptionnelle que vient de nous relater le professeur Forgue (de Montpellier), quelques mois avant de disparaître à l'âge de quatre-vingt-deux ans. Une vie de grand chirurgien qui a pratiqué son métier avec une passion indéfectible, qui a gravi avec une rapidité foudroyante « de steeple-chase » les diverses étapes de sa carrière, qui n'a pensé qu'à « servir », au sens le plus élevé du mot et qui, parvenu au faîte des honneurs, a voulu, au soir de la vie, exposer aux jeunes la philosophie de son métier.

C'est un véritable testament scientifique d'une lecture passionnante ; c'est le fruit d'une expérience consommée, d'un jugement sûr, d'une loyauté et d'un dévouement professionnels au-dessus de tout éloge ; un demi-siècle d'enseignement où ont été abordées les questions les plus variées d'anatomie, de physiologie, de médecine opératoire, de chirurgie infantile et de chirurgie générale

Comme il le fait remarquer dans son *Avertissement liminaire*, Forgue a eu le destin privilégié d'avoir vécu toute la révolution pastorienne et d'avoir participé au prodigieux mouvement de la chirurgie moderne.

Le livre est divisé en cinq parties : *les origines, les années d'apprentissage* (les premiers pas, la base anatomo-physiologique, l'éducation clinique, la formation technique); *les débuts de la carrière* (les grands concours, l'opérateur, devant la clientèle); *en pleine carrière* (étapes ascendantes, les bons départs, du succès et du bonheur); *le déclin* (la retraite, la fin). Tous ces chapitres sont parsemés de conseils judicieux, émaillés d'anecdotes suggestives, écrits dans la meilleure langue française.

Un pareil ouvrage ne fait pas seulement honneur à celui quil'a écrit ; il sert d'exemple aux générations futures, et, dans une tourmente comme celle où la France se débat, il fait bien augurer de l'avenir de notre pays.

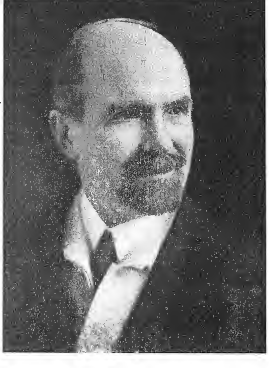
Albert Mouchet.

LES NOUVEAUX PROFESSEURS

LE PROFESSEUR ÉTIENNE CHABROL

C'est avec grande joie que, dans le Journal de Gilbert, nous saluons la nomination, comme professeur de Pathologie médicale, d'Étienne Chabrol, qui fut, pour notre commun Maître, un élève fidèle et dévoué, un de ceux qui ont contribué le plus brillamment à son œuvre et continué le mieux ses traditions.

Pendant toute la première partie de sa carrière, Chabrol est resté, en effet, auprès de Gilbert, d'abord à Broussais comme interne, puis à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu comme chef de clinique, chef de laboratoire et agrégé. C'est là qu'avec lui et avec Henri Bénard il a, patiemment et méthodiquement, construit tout un chapitre de pathologie hépatique sur l'origine des ictères, sur les hyperhémolyses, sur la biligénie d'origine splénique, travaux qui les ont conduits à préconiser, avec succès, la splénectomie dans les ictères chroniques splénomégaiques. La Clinique de l'Hôtel-Dieu s'enorgueillit, à juste titre, de ces beaux travaux de l'École française.



Le professeur Chabrol.

Plus tard, devenu lui-même chef d'école, Chabrol a inlassablement continué l'étude de la bile et des ictères, dans son beau service de l'hôpital Saint-Antoine (lequel, curieux rapprochement, est l'ancien service d'Hanot, le maître de Gilbert, donc le grand-maître de Chabrol). C'est là qu'avec Charonnat, il a mis au point des méthodes nouvelles, de plus en plus précises, de dosage de la bilirubine dans le sang par la diazo-réaction-limite, des acides biliaires par le réactif phosphovanillique, etc., ce qui leur a permis de suivre l'apparition et la disparition des éléments multiples de la bile dans l'organisme.

Avec une pléiade de brillants internes, avec Bariéty, Boltanski, Maximin, Bocquentin, Waitz, Bussou, Cachin, Jean Cottet, etc., il a ainsi étudié, expérimentalement et cliniquement, les destinées de la bile et de ses éléments, les cholagogues et les cholérétiques, et réalisé, en pathologie biliaire, une œuvre de longue haleine, cohérente et méthodique, qui est encore loin de son terme.

Au point de vue didactique, Chabrol a, d'autre part, acquis dans les Congrès, dans ses Cours de la Faculté, et aux Conférences qu'il a bien voulu donner à notre Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, une grande réputation d'enseigneur, qui fait bien augurer du succès du nouveau professeur.

Il est encore une autre activité de Chabrol sur laquelle nous voulons insister parce que nous l'avons suivie de très près : celle qu'il a consacrée à l'Hydrologie et à la Climatologie. Ici encore, il s'est montré imbu des traditions de la Clinique de l'Hôtel-Dieu : avec nous, avec Rathery, avec Villaret, avec Justin-Besançon, il a dirigé nombre de Voyages d'Études Médicales aux Stations, persuadé, lui aussi, de l'importance de ces richesses françaises, qu'on ne peut ni nous contester ni nous enlever... Il a, parallèlement, fait d'intéressants travaux sur la glycémie, la cholérèse et la diurèse sous l'influence des cures magnésiennes, bicarbonatées et sulfatées calciques.

Il a, même, publié un délicieux petit livre, plein d'érudition et d'humour, sur l'antique passé de nos stations, de ses chères stations d'Auvergne notamment.

L'Hydrologie conduit au Climatisme. Là, Chabrol a su réaliser, avec toute sa méthode d'organisation et, aussi, avec tout son cœur, une œuvre sociale excellente, en installant dans sa vieille maison familiale de Condat-en-Féniers, en une des plus belles parties de son Auvergne natale, un préventorium pour 120 enfants, destiné surtout aux petits Auvergnats de là-bas ou de la Colonie parisienne, et dont il a, sous sa direction, confié la gestion à la Croix-Rouge française. N'est-ce pas là une idée généreuse et belle, de la part de cet hydroclimatologue convaincu ?

L'Auvergne est, en effet, avec les voies biliaires, la grande passion de ce brachycéphale du Plateau central. Il lui consacre une partie de sa grande activité. Il est, notamment, depuis vingt ans, président de l'exploitation intercommunale du grand barrage des Deux-Rhues qui distribue l'électricité aux riverains syndiqués de la région de Condat, réalisant ainsi une des premières applications sociales de la loi de 1919.

Qu'il s'agisse de recherches scientifiques, d'une œuvre de bienfaisance ou d'une distribution électrique, on retrouve, chez Chabrol, le travail ordonné et systématique du Biologiste et du Médecin, et l'énergique ténacité de l'Auvergnat...

PAUL CARNOT.

NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR SABRAZÈS

Paris médical tient à rendre hommage à la mémoire du professeur Sabrazès, qui vient de mourir à Bordeaux.

Originaire de Saint-Paul-de-Fenouillet (Pyrénées-Orientales), Sabrazès, sorti du collège de Perpignan, entreprit ses études médicales à Bordeaux, où il fut le disciple de Pitres, W. Dubreuilh, de Nabias, Denigès. Interne des hôpitaux en 1889, médaille d'or en 1893, médecin des hôpitaux de Bordeaux en 1894, agrégé de médecine générale au Concours de 1895, il sut franchir en un temps très court tous les échelons de notre carrière. En 1912, il était nommé professeur d'anatomie pathologie et de microscopie clinique. Il conserva cette chaire jusqu'à sa retraite, pendant vingt-cinq ans.

Ses recherches les plus importantes ont trait à l'*hématologie*. Parmi les plus connues, je signale celles qui concernent le *sang des saturnins*, les *hématies granulo-réticulo-filamenteuses*, l'*éosinophilie échinococcique*, la *macropolyadénopathie tuberculeuse pseudo-lymphadénomateuse*, les *angines lymphomonocytaires*...

C'est dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux* qu'ont paru la plupart de ses travaux. Sabrazès fut, en effet, pendant plus de quarante ans, le collaborateur fidèle de ce journal et en devint, à partir de 1916, le rédacteur en chef. Chaque semaine, il rédigeait un « Bulletin » dans lequel il résumait et appréciait les travaux qui avaient retenu son attention. Sa documentation était considérable ; il la puisait dans la lecture des journaux médicaux et des revues du monde entier.

Après la mort de Bergonié, il devint directeur du Centre anticancéreux de Bordeaux. C'est là qu'il fit

ses recherches sur les *hydrocarbures synthétiques cancérigènes*, sur les *leucémies benzoliques*, et qu'il acheva ses livres sur le *milieu synovial*, sur les *tumeurs des os et des articulations*.

Sabrazès était encore un professeur remarquable. Son enseignement précis, alimenté par sa vaste érudition et ses travaux personnels, attirait dans son amphithéâtre, avec les élèves de la Faculté, les élèves de l'École de santé navale et les internes et externes des hôpitaux. Dans son service hospitalier de maladies infectieuses, dans ses laboratoires de la Faculté et du Centre Bergonié, il sut former de nombreux disciples et retenir auprès de lui, par l'attrait de sa science et de sa culture, un grand nombre de collaborateurs, parmi lesquels Bonnin, de Grailly, Dupérié, aujourd'hui professeurs à la Faculté de Bordeaux.

Sabrazès fit partie de nombreuses sociétés savantes ; il était associé national de l'Académie de médecine et membre correspondant de l'Académie des sciences. Il avait été élu en 1935 vice-président de la Société italienne d'hématologie.

Avec lui disparaît une grande figure médicale, qui sut porter au loin le renom de la Science française et de la Faculté de médecine de Bordeaux.

P. M.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil départemental de la Seine.

Fiscalité

Le livre *Finances* du 24 octobre 1942, portant effet à partir du 1er janvier 1943, laisse aux médecins le choix entre le régime antérieur et un forfait.

Rappelons que le régime antérieur comporte la déclaration du revenu professionnel net, ainsi que, pour le contrôle, la tenue d'un livre de dépenses et d'un livre journal sur lequel doit être inscrite au jour le jour chaque somme touchée avec un numéro d'ordre. L'option doit être notifiée au contrôleur avant le 1er avril.

L'évaluation du forfait est faite par le contrôleur après avis d'un médecin désigné à cet effet par le Collège départemental de l'Ordre : avis en est donné au contribuable, qui peut accepter de formuler ses observations et le chiffre qu'il serait disposé à accepter dans un délai de vingt jours. Si le désaccord persiste, le contribuable est soumis à la déclaration de son revenu dans le même délai de vingt jours.

Le forfait est établi en principe pour deux années, renouvelable par tacite reconduction ; mais il peut, même pendant cette période biennale, être dénoncé soit par le médecin, soit par le contrôleur.

Les médecins qui optent pour le forfait doivent, avant le 1er avril, chaque année, indiquer au contrôleur :

a. Leur ancienneté dans l'exercice de la profession, leurs titres universitaires et hospitaliers ;

b. Le cas échéant, les tarifs spéciaux qu'ils appliquent en raison de ces titres ou d'une situation personnelle particulière ;

c. La nature de l'activité qu'ils exercent ;

d. Les services réguliers qu'ils assurent moyennant rémunération pour le compte d'entreprises ou de collectivités publiques ou privées ;

e. Le montant de leurs recettes brutes pendant l'année considérée.

Ces indications doivent également être fournies par ceux qui optent pour la déclaration du bénéfice réel.

Ceux qui ont opté pour le forfait sont dispensés de la communication des livres et pièces justificatives.

Avec le régime ancien de la déclaration, en cas de désaccord, et après renseignements fournis par le contribuable, le contrôleur lui notifie *par écrit* le chiffre qu'il se propose de fixer ; le contribuable peut faire par écrit ses observations dans un délai de vingt jours.

Si le désaccord persiste, le contribuable doit demander au président du Collège départemental de l'Ordre de le mettre en rapport pour appréciation avec le préconciliateur désigné à cet effet ; il doit en prévenir le contrôleur. Si l'avis du préconciliateur n'est pas admis, sa consultation est communiquée à la Commission départementale des impôts directs. L'avis de cette dernière est notifié au contribuable, en même temps que le chiffre que fixe le contrôleur.

Si ce dernier chiffre est conforme à l'appréciation de la Commission, le contribuable ne peut obtenir de réduction devant la juridiction contentieuse qu'en faisant la preuve du chiffre exact de ses bénéfices. Dans le cas contraire, la charge de la preuve incombe à l'Administration.

Le règlement des impôts comporte, pour tout contribuable dont le montant des impositions au cours de l'année 1942 aura excédé 20 000 francs, le versement, le 1er février 1943, d'une somme égale au quart de ce montant et, si les rôles n'ont pas encore été mis en recouvrement, des versements égaux le 30 avril et le 31 juillet.

Il est exact que le médecin a actuellement le choix entre le régime antérieur et le forfait. Mais les médecins qui voudraient bénéficier du régime antérieur d'imposition devront le faire connaître à leur contrôleur avant le 1er avril 1943.

Le Conseil de l'Ordre.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Mme Chicandard, ancienne externe en premier des hôpitaux de Paris, épouse du Dr Chicandard. — On annonce la mort de Mlle Fanny Hahn, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris, et de Mme le Dr G.-A. Astre, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Cochin (à Tunis). Nos sincères condoléances. — Le Dr G. Delore (de Quintenas, Ardèche). — Le Dr G. Chaboux (de Belley, Ain).

FIANÇAILLES. — Le Dr Jean Thoyer-Rozat et Mlle Micheline Boxhorn.

MARIAGE — Le Dr J. Husset (d'Avallon), avec Mlle Magdeleine Bierry, fille du professeur H. Bierry (de Marseille).

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Vigier font part de la naissance de leur fils Jacques (Châteauneuf-la-Forêt, Haute-Vienne). — Le Dr et Mme Biardeau font part de la naissance de leur fils Jean-François.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Bouchet, médecin inspecteur adjoint de la Santé dans le département de l'Hérault, est nommé médecin inspecteur de la Santé.

M. le Dr Bouchet est affecté provisoirement dans le département de l'Hérault.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **Clôture des études médicales et soutenance de thèses.** — Suivant propositions du Conseil de la Faculté, et par décision de M. le Recteur en date du 10 février 1943, MM. les étudiants en médecine de 5e année (ancien régime ou dispensés de la 6e année par arrêté du 4 octobre 1941) et 6e année (nouveau régime), bénéficiaires du décret du 28 août 1942 (*Journal officiel* du 3 septembre), sont autorisés à terminer leurs études médicales y compris la soutenance de thèse avant les grandes vacances de 1943.

En conséquence, les mesures suivantes sont prises en faveur des intéressés :

1° Les étudiants de 5e année pourront subir les examens de fin d'année courant mars, sous réserve bien entendu d'avoir, au préalable, validé leurs travaux pratiques. Dès réception aux examens, ils seront autorisés à consigner cumulativement aux examens de clinique en justifiant avant l'examen d'au moins quatre mois de stages ou de fonctions d'interne ou d'externe. De même ils pourront déposer, en vue du permis d'imprimer, leur manuscrit de thèse.

Toutefois, les étudiants déjà dispensés de la 6e année d'études en application de l'arrêté du 4 octobre 1941 ne pourront bénéficier des mesures ci-dessus que s'ils ont perdu au moins trois années d'études.

2° Les étudiants de 6e année pourront, *dès maintenant*, consigner cumulativement en vue des examens de clinique. Ils pourront aussi déposer dès maintenant, en vue du permis d'imprimer, leur manuscrit de thèse.

En vue de bénéficier des mesures ci-dessus, les intéressés devront en formuler la demande par lettre à M. le Doyen en y joignant, si ce n'est pas déjà fait, une copie légalisée de leurs titres militaires, notamment : date de mobilisation, temps de captivité, date de libération ou de démobilisation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Prix de Monaco.* — Le prix de Monaco a été décerné au Dr André Thomas pour l'ensemble de ses travaux sur le cervelet.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Le diplôme d'État de moniteur de gymnastique médicale. — Le *Secrétariat d'Etat à la Santé* communique :

Un décret du 13 août 1942 a institué un diplôme d'Etat de moniteur de gymnastique médicale. Ce diplôme doit être délivré par le Secrétariat d'Etat à la Santé à des candidats ayant accompli deux années d'études dans des écoles spécialement agréées à cet effet. Des textes particuliers, actuellement en préparation, préciseront les conditions d'admission des élèves dans les écoles, l'organisation des études, l'établissement des programmes d'enseignement (théorique, pratique et clinique), la nature des épreuves et la confection des jurys d'examen, ainsi que les modalités d'attribution d'un diplôme par équivalence aux spécialistes exerçant actuellement la gymnastique médicale.

Les titulaires du diplôme ainsi délivré seront particulièrement qualifiés pour appliquer, sur ordonnance et sous contrôle médical, le mouvement actif sous toutes ses formes thérapeutiques à des sujets affaiblis, convalescents, malades ou accidentés. Les titulaires du diplôme de M. G. M. ne sauraient être confondus avec les auxiliaires médicaux donnant des soins d'une tout autre nature, tels que les masseurs, ni, à plus forte raison, avec les éducateurs (moniteurs ou professeurs d'éducation physique) chargés, dans les établissements d'enseignement, dans les centres de jeunesse, dans les sociétés sportives, d'enseigner une *gymnastique générale de formation* ou d'entraîner des enfants normaux à des activités physiques, *éducatives* ou *récréatives*.

L'institution de ce diplôme permettra désormais aux médecins de distinguer l'auxiliaire médical spécialisé dans l'application thérapeutique du mouvement actif capable d'exécuter correctement ses ordonnances cinésithérapiques de tous ceux qui, sans formation technique adéquate, sans pratique pédagogique et sans stage clinique, s'arrogent des titres dont la valeur n'était, jusqu'à présent, sanctionnée ni par le corps médical, ni par les pouvoirs publics.

L'institution de ce diplôme doit permettre ultérieurement de protéger et de réglementer légalement une profession paramédicale qui est actuellement exercée sans aucune garantie et sans aucun contrôle. Cette loi, qui est en préparation, doit mettre un terme à tous les abus allant des simples incorrections aux maladresses jusqu'à l'exercice illégal de la médecine, qui sont encore trop souvent à déplorer.

COURS ET CONFÉRENCES

Pathologie médicale (professeur : M. ETIENNE CHABROL). — M. le professeur Etienne Chabrol fait sa leçon inaugurale aujourd'hui mercredi 10 mars 1943, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et continue son cours les mercredis, vendredis et lundis suivants, à 17 heures, au petit amphithéâtre.

Sujet du cours. — Maladies du foie et des voies biliaires.

Laboratoire de bactériologie. — *Cours complémentaire.* — Le professeur Gastinel et le Dr Henri Bonnet, agrégé, chef des travaux, commenceront le lundi 22 mars 1943, à 14 heures, un cours complémentaire de bactériologie. Le cours, qui aura lieu au laboratoire de bactériologie, continuera les mardis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, et cessera le 3 juillet.

Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations. Les auditeurs seront exercés aux techniques microbiologiques et immunologiques appliquées au diagnostic des maladies infectieuses de l'homme.

Clinique thérapeutique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (Professeur : MAURICE LOEPER).

Samedi, 11 heures. — Les médications du jour.

13 *Mars.* — M. le Dr Ameuille : La novocaïne veineuse dans les affections pulmonaires.

20 *Mars.* — M. le professeur Loeper : L'acide phénylcinchonique intraveineux dans l'asthme.

27 *Mars.* — M. le professeur Aubertin : L'aminophylline et les coronaires.

3 *Avril.* — M. le Dr Lereboullet : Les médicaments des syndromes post-encéphalitiques.

10 *Avril.* — M. le Dr Sallet : Les médicaments en perfusion lente

8 *Mai.* — M. le Dr Jean Cottet : Aérosols médicamenteux.

15 *Mai.* — M. le professeur Mascré : Les succédanés du camphre.

22 *Mai.* — M. le professeur Lemierre : Les sulfamides et les néphrites.

29 *Mai.* — M. le professeur Loeper : Le thiofène.

5 *Juin.* — M. le professeur Chabrol : Les acides biliaires en thérapeutique.

19 *Juin.* — M. le professeur agrégé Lemaire : Les modificateurs de la tension rachidienne.

26 *Juin.* — M. le professeur Loeper : L'atténuation des médicaments par le soufre.

Le dernier jeudi du mois, à 10 h. 30 : réunions des médecins de l'hôpital Saint-Antoine.

25 *Mars.* — MM. Delay, Largeau et Lhermitte : Le choc électrique en thérapeutique nerveuse.

27 *Mai.* — MM. Decourt, Justin-Besançon et Huet : Les ostéoarthrites de carence.

24 *Juin.* — MM. Jacob, Lemoine et Robert Monod : Traitement médico chirurgical du cancer du poumon.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Concours pour 13 places d'admissibles définitifs. Liste de MM. les Membres du jury par ordre de tirage au sort : MM. les Drs Laporte, Cathala, Jacquelin, Rouquès, Nicaud, Touraine, Monier-Vinard, Chiray, May, Flandin Léchelle, Stévenin.

Concours d'attaché d'électro-radiologie (4 places). — Tirage au sort de MM. les Membres du jury. Liste par ordre de tirage au sort : MM. les Drs Devois, Darbois, Porcher, Joly, Dariaux, Lepennetier, Lomon, électro-radiologistes.

Concours de l'internat en médecine 1942. — *Liste des candidats internes en médecine reçus définitivement par ordre de mérite.* — MM. : 1. Ryckewaert Antoine, 70 pts + 29 = 99 pts ; 2. Poncet Emile, 70 + 28 = 98 ; 3. Alloiteau Jean, 67 1/2 ; 4. Godlewski Stanislas, 67 1/2 ; 5. Berger Michel, 67 1/2 ; 6. Thierry Jean, 66 ; 7. Mlle Cousin Maud, 66 ; 8. Queneau Pierre, 65 1/2 ; 9. Renaud Claude, 65 ; 10. Bouygues Pierre, 64 1/2 ; 11. Graveleau Jacques, 64 1/2 ; 12. Tixier Pierre, 64 1/2 ; 13. Mercadier Maurice, 64 1/2 ; 14. Mlle Nouffiard Henriette, 63 1/2 ; 15. Feffer Jean, 63 1/2 ; 16. Tournier Paul, 63 1/2 ; 17. Caldier Lucien, 63 ; 18. Poulain Jacques, 63 ; 19. Simon Georges, 62 1/2 ; 20. Couade Maurice, 62 ; 21. Koupernik Cyrille, 61 ; 22. Gueniot Maurice, 60 1/2 ; 23. Boudot Jean, 60 ; 24. Combet Jean, 60 ; 25. Mignot André, 60 ; 26. Bouttier Daniel, 60 ; 27. Mathey Paul, 60 ; 28. Raymond Jean, 59 1/2 ; 29. Toupet André, 59 1/2 ; 30. Mlle Monghal Thérèse, 59 1/2 ; 31. Couder François, 59 ; 32. Torre Pierre, 59 ; 33. Taptas Jean, 59 ; 34. Borniche Paul, 58 1/2 ; 35. Chapelet Jean, 58 1/2 ; 36. Chadoutaud Louis, 58 ; 37. Dailly Robert, 58 ; 38. Buhot Sylvain, 58 ; 39. Ramadier Jacques, 58 ; 40. Mlle Granier Régine, 57 1/2 ; 41. Mme Demassieux, née Dubois, 57 1/2 ; 42. Lavarde Jean, 57 ; 43. Woimant Georges, 57 ; 44. Garrigues Jean, 57 ; 45. Mlle Saulnier Micheline, 56 1/2 ; 46. Louveau Etienne, 56 1/2 ; 47. Braullon Philippe, 56 1/2 ; 48. Morer Georges, 56 1/2 ; 49. Dubois Jean-Claude, 56 1/2 ; 50. Monié Jacques, 56 ; 51. Bourguet Jacques, 56 ; 52. Hiverlet Emile, 56 ; 53. Durand Maurice, 56 ; 54. Beswillwald Marc, 56 ; 55. Chapuis Jean, 56 ; 56. Mlle Queret Claude, 56 ; 57. Le Tan Vinh, 56 ; 58. Denisart Paul, 55 1/2 ; 59. Rureau Georges, 55 1/2.

NOUVELLES DIVERSES

Réorganisation et rôle des dispensaires antituberculeux. — Le *J. O.* du 14 février 1943 publie la loi relative à la réorganisation et au rôle des dispensaires antituberculeux.

Fonctionnement des préventoriums. — Le *J. O.* du 14 février 1943 publie un décret du 3 août 1942 fixant les conditions de fonctionnement des préventoriums.

Médecin phtisiologue des services publics. — Le *J. O.* du 14 février 1943 publie un décret du 1er février 1943 instituant le titre de médecin phtisiologue des services publics.

Relève des médecins prisonniers. — Participation du Service de santé de l'armée à la relève des médecins maintenus dans les camps et les hôpitaux de prisonniers.

Médecins déjà affectés à la relève en Allemagne	39
Médecins désignés et en instance de départ (relève partielle)	60
Premier contingent prévu pour la relève globale	100
Deuxième contingent prévu pour la relève globale	100
Médecins des troupes coloniales	50
Total	349

A ce chiffre s'ajoutera, à partir du milieu de mai, un troisième contingent de 100 médecins, soit un effectif total de 449 médecins.

Si l'on ajoute à ce chiffre les 103 médecins d'active maintenus en captivité, la participation des médecins d'active aux soins des prisonniers sera donc de : 552 médecins, sur un effectif de 800 médecins environ maintenus en Allemagne.

CÉRÉMONIES MÉDICALES

LA MÉDAILLE DU PROFESSEUR PIERRE LEREBOULLET

Le dimanche 28 février 1943, à 10 heures et demie, les collègues, les élèves et les amis du professeur Pierre Lereboullet se sont assemblés dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine pour fêter le cinquantième anniversaire de la vie hospitalière du maître, dont l'enseignement a dû cesser l'an dernier, conformément à la dure et implacable loi de la limite d'âge. Malgré la foule qui se pressait sur les gradins, la cérémonie a gardé la douceur de l'intimité.

Au nom des plus anciens élèves, Saint Girons présenta les regrets de ceux qui, trop éloignés ou empêchés par les difficultés actuelles, ne pouvaient être là. A grands traits, il retraça les étapes de la vie de son patron : très vite interne et chef de clinique, occupant une place de choix dans la brillante cohorte des élèves de Gilbert, aux côtés des Carnot, des Castaigne, des Rathery ; puis médecin du Bureau central et agrégé, remplaçant Marfan à l'hôpital des Enfants-Malades, et Déjerine à la clinique de la Salpêtrière ; puis médecin de l'hôpital Laennec ; puis au pavillon de la diphtérie des Enfants-Malades, et enfin à la Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance et à l'Institut de puériculture de la Ville de Paris à l'hospice des Enfants-Assistés.

En termes émus, Rossier, représentant la dernière génération des élèves, souligna le caractère familial de l'enseignement du professeur dans ce grand centre de puériculture appliquée qu'est la vieille maison de Saint-Vincent-de-Paul, où résonnent encore les noms glorieux de Parrot, de Hutinel, de Variot et de Marfan.

Au professeur Jean Cathala revenait de nous montrer la vie de labeur écrasant que fut celle du professeur Lereboullet. En un langage élégant, plein de finesse et de charme, il sut nous faire sentir ce qu'était le clinicien, le thérapeute avisé, l'hygiéniste pourchassant les maladies évitables, le journaliste, le pédiatre consacré aux tâches sociales plus que jamais inéluctables si nous voulons sauver notre pays, le père de famille exemplaire, l'homme de science et de cœur, le chrétien.





Reproduction de la médaille du graveur de Jaeger offerte au professeur P. Lereboullet.

Notre Doyen, le professeur Baudouin, égrenant des souvenirs communs de jeunesse et d'étude, ressuscitant les débuts d'une amitié maintenant très ancienne, montra aux jeunes la haute moralité qui se dégage d'une vie consacrée au devoir, si bien évoquée par la devise inscrite au revers de la belle médaille qu'il lui remit au nom de tous : *Scientia et corde parvulos coluit et sanavit.*

Enfin, ne cachant pas une émotion profonde, le professeur Lereboullet répondit avec sa simplicité coutumière et, remerciant les organisateurs de la cérémonie, n'oubliant aucun de ses collaborateurs : anciens élèves, amis, surveillantes et infirmières, assistantes sociales, sut trouver pour chacun les paroles qui viennent du cœur.

MARCEL LELONG.

HOMMAGE AU PROFESSEUR CASTAIGNE

La récente mise à la retraite du professeur Castaigne, atteint en pleine activité par la limite d'âge, vient de donner lieu, dans le cadre de la Faculté des lettres de Clermont-Ferrand, à une émouvante cérémonie. Tous ses collaborateurs, ses élèves, ses amis, ses confrères de l'Université étaient réunis autour de lui pour lui exprimer, comme le veut une vieille tradition, leur gratitude et leur admiration. De nombreuses personnalités assistaient à cette cérémonie que présidait le Dr Grasset, ministre de la Santé publique et ancien élève du professeur Castaigne.

Après avoir évoqué le souvenir des deux précédents directeurs de l'École de médecine de Clermont-Ferrand dont il fut l'élève, le ministre retraça la brillante carrière du professeur Castaigne, ses importantes recherches dans la pathologie rénale et le succès de son enseignement dans les hôpitaux et à la Faculté de médecine de Paris. Retiré en Auvergne après la guerre de 1914, à la suite de cruels deuils familiaux, le professeur Castaigne ne put se soustraire aux insistantes sollicitations du professeur Billard et accepta une chaire de clinique médicale, puis la charge de directeur de l'École de Clermont-Ferrand. Il sut la diriger avec un sens très humain et lui donner un lustre jamais égalé, sans cesser pour cela de consacrer ses loisirs à la mairie de son village, ne perdant jamais une occasion de rendre service. Le ministre souligne l'essor pris sous la direction du professeur Castaigne par l'École de Clermont-Ferrand et considère que, dans le cadre de la réforme des études médicales, loin d'être supprimée comme d'autres écoles, l'École de Clermont-Ferrand pourrait être érigée en Faculté. Il conclut en assurant le professeur Castaigne de la gratitude du Gouvernement et en affirmant sa foi en notre pays.

Une chaude ovation accompagna les paroles du ministre et se renouvela lorsque le professeur Castaigne se leva à son tour pour le remercier et saluer de ses vœux celui qui lui succède et assure désormais les destinées de l'École de médecine de Clermont-Ferrand, le professeur Merle. Tous les amis du professeur Castaigne, et en particulier ceux qu'il a à *Paris médical*, s'associent à l'hommage qui lui est ainsi rendu.

J. L.

NÉCROLOGIE

DANIEL TÉMOIN (de Bourges)

Témoin, le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Bourges, vient de succomber à plus de quatre-vingts ans, après une magnifique carrière tout entière consacrée au service de la chirurgie.

Il faisait partie de cette brillante phalange de jeunes chirurgiens, formés dans les dix dernières années du XIXe siècle à l'École de Paris, qui, avec Maunoury (de Chartres), Delagenière (du Mans), Monprofit (d'Angers), sont allés fonder en province des centres chirurgicaux. Ils avaient assisté à la révolution pastorienne, ils s'étaient imprégnés des leçons du maître Terrier, et, avec une inébranlable foi dans l'asepsie, avec une tranquille audace, la main sûre et le cerveau lucide, ils ont acquis dans leurs provinces une maîtrise chirurgicale incontestée.

On ne se rend, plus exactement compte aujourd'hui de ce qu'il a fallu alors de savoir étendu, de ténacité indomptable, de dévouement sans bornes et aussi de robuste activité physique à ces chirurgiens isolés pour vaincre les obstacles qui se dressaient devant eux.

Dans son discours de président du Congrès français de chirurgie en 1923, Témoin nous a dépeint avec une sobriété impressionnante la vie de ces chirurgiens « solitaires », et nous comprenions mieux, après l'avoir entendu, la somme d'efforts qu'il avait dû déployer pour acquérir la situation exceptionnelle qu'il s'était créée.

On ne devra jamais oublier la part considérable que Témoin avait prise dans le développement de la chirurgie viscérale. Soit à la Société nationale de chirurgie, à laquelle il appartenait depuis 1899, soit à la Société internationale de chirurgie, dont il était membre depuis sa fondation, Témoin n'a cessé de prôner l'opération d'urgence dans l'appendicite et la gastrectomie dans la chirurgie stomacale. Cela seul, en dehors de ses travaux scientifiques, doit nous inspirer une fervente admiration.

ALBERT MOUCHET.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

ÉLECTIONS AU CONSEIL DU COLLÈGE DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Le Secrétariat d'État à la Santé communique :

Les élections aux Conseils départementaux de l'Ordre des médecins auront lieu dans le courant du mois d'avril.

L'élection portera sur les candidats qui seront désignés par le secrétaire d'État ; les listes de candidats seront envoyées directement aux médecins ; la loi exige que ces listes comprennent quatre fois plus de noms qu'il y a de sièges à pourvoir : en fait, le nombre de noms présentés sera nettement supérieur à celui qui est exigé par la loi ; le secrétaire d'État à la Santé a voulu, en effet, laisser aux médecins un choix aussi large que possible.

Les listes comprennent des personnalités médicales prises dans tous les milieux de l'activité professionnelle.

On y trouvera des noms de hautes autorités scientifiques et aussi ceux de praticiens des villes et des campagnes particulièrement estimés.

Il convient de noter qu'aucun d'entre eux n'a sollicité son inscription sur la liste.

Réciproquement, il n'a été tenu aucun compte du désir formulé par certains de n'y pas figurer.

La tentative de créer une corporation forte exige, pour sa réussite, de rechercher sans passion, en toute objectivité, les hommes qui font autorité par leur savoir,

par leur dignité de vie, et par leur dévouement à la cause professionnelle.

Ces hommes doivent considérer que le fait de les présenter au libre choix de leurs confrères pour diriger le collège départemental de l'Ordre des médecins est un témoignage d'estime envers leur personne

N'ayant pas posé de candidature, ils n'auront aucune amertume d'un échec possible.

Par contre, ceux qui seront désignés devront donner à leur fonction nouvelle le meilleur de leur intelligence afin de démontrer qu'une corporation d'intellectuels ayant une mission privilégiée auprès de ceux qui souffrent est capable de réaliser vite et bien une organisation de haute qualité technique et morale.

Quand et comment voter? — Le vote a lieu par correspondance, dans des conditions soigneusement précisées.

Chaque médecin disposera d'une quinzaine de jours entre le moment où il recevra la liste de présentation et la date de clôture du scrutin.

Il pourra émettre son vote, à son gré, pendant toute la durée de cette quinzaine, sauf à faire recommander sa lettre s'il la confie à la poste, ou à se faire donner décharge (par émargement ou accusé de réception) s'il va la remettre lui-même au Conseil de l'Ordre.

Le dépouillement du scrutin a été fixé un jeudi de préférence au dimanche, en raison du manque de distribution de courrier et de transports les jours fériés.

S'il est permis de formuler un vœu pour la composition du bulletin, ce serait que chacun s'efforce par son vote de désigner une « équipe » comportant un noyau de citadins du chef-lieu, destiné à assurer l'élément permanent du Conseil, et des représentants des activités professionnelles les plus caractéristiques (médecine rurale, grandes spécialités, etc...), sans négliger quelques jalons dans la représentation géographique.

Le résultat du vote investira des fonctions très importantes de membres du Conseil un certain nombre des médecins présentés. Il est possible, vraisemblable même, que ce seront les plus qualifiés. Ils exerceront l'autorité, ils porteront les responsabilités.

Mais, si les hasards du scrutin écartaient du Conseil la représentation de telle ou telle branche de l'activité médicale, il ne faudrait pas que certains s'en émeuvent.

Car, dès son entrée en fonctions, le Conseil aura pour instructions formelles de s'assurer auprès de lui, par la constitution de commissions spécialisées, le concours de tous ceux qui auront à assister le Conseil de leur compétence en des domaines particuliers.

La nouvelle organisation ne prendra en effet figure de véritable corporation, avec la plénitude de ses prérogatives et aussi de ses obligations, que si elle associe intimement, sous l'autorité incontestée de son Conseil de direction, toutes les variétés, tous les aspects de l'exercice professionnel.

LOI N° 941 DU 16 DÉCEMBRE 1942 RELATIVE A LA PROTECTION DE LA MATERNITÉ ET DE LA PREMIÈRE ENFANCE

(suite) (1)

Titre IV. — Protection des enfants.

A. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

ART. 7. — *Protection médico-sociale à domicile.* — Jusqu'à l'âge de six ans révolus, tous les enfants sont l'objet d'une surveillance sanitaire préventive ainsi que sociale.

Cette surveillance, qui est exercée à domicile par les assistantes, porte plus particulièrement sur :

1° Les enfants qui sont placés en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de leur père, mère ou tuteur ;

2° Les enfants dont les parents reçoivent un secours ou une allocatiou de l'État, des collectivités, des caisses d'assurances sociales ou d'allocations familiales ;

3° Les enfants dont les parents ont été condamnés pour mendicité ou ivresse à une peine correctionnelle.

Les assistantes s'assurent que les enfants reçoivent tous les soins que nécessite leur état et que les allocations versées en leur faveur sont bien utilisées à leur profit, conformément aux articles 6 et 15 du décret-loi du 29 juillet 1939.

La fréquence minima des visites sera réglée par le directeur régional de la santé et de l'assistance.

Les assistantes rendent compte mensuellement de leurs visites.

ART. 8. — *Surveillance dans les consultations de nourrissons.* — La surveillance sanitaire des enfants placés sous la protection de la présente loi s'exerce, eu outre, dans les consultations de nourrissons organisées à cet effet suivant les directives qui seront données par le secrétaire d'État à la santé.

ART. 9. — *Interventions médicales.* — Chaque fois que l'assistante constate que la santé d'un enfant est déficiente, elle doit engager la famille à faire appel à un médecin et, le cas échéant, faire appuyer son avis par un médecin agréé pour le service de la protection de l'enfance par le directeur régional de la santé et de l'assistance.

De même, si la santé d'un enfant est compromise par l'absence de soins convenables, par de mauvais traitements ou de mauvais exemples, l'assistante en rend compte immédiatement à l'inspecteur de la santé, chef de la circonscription, qui provoque d'urgence toutes mesures appropriées en vue de sauvegarder la santé ou la vie de l'enfant, et notamment faire constater l'état de ce dernier par un médecin agréé pour le service de protection de la maternité et de l'enfance par le directeur régional de la santé et de l'assistance.

ART. 10. — *Surveillance médicale chez les nourrices.* — Si un enfant tombe malade chez une nourrice ou une gardienne et que les parents n'aient pas pris les mesures nécessaires pour qu'il reçoive les soins médicaux, la nourrice ou la gardienne, après avoir appelé le médecin pour la première visite, en informe le maire, qui prononce l'admission d'urgence à l'assistance médicale gratuite, sauf recours ultérieurs contre les parents ou le bureau des nourrices.

Si l'enfant placé chez une nourrice ou une gardienne ne paraît pas recevoir tous les soins matériels ou moraux nécessaires, l'inspecteur de la santé peut, après mise en demeure adressée aux parents, prononcer le retrait de l'enfant de chez la nourrice ou la gardienne et le placer provisoirement chez une autre personne. Il en réfère ensuite au préfet, qui statue en ce qui concerne le placement définitif de l'enfant et le retrait du certificat de la nourrice. Le cas échéant, il peut interdire à cette dernière de recevoir de nouveaux enfants.

ART. 11. — *Carnet de santé.* — Tout enfant est pourvu d'un carnet de santé délivré gratuitement par le maire lors de la déclaration de la naissauce.

Ce carnet est tenu à jour par les médecins traitants et par les assistants, qui y mentionnent les constatations effectuées lors de leurs visites.

Un arrêté du secrétaire d'État à la santé déterminera la forme et le mode d'utilisation de ce carnet, qui mentionnera obligatoirement les résultats des examens préventifs prescrits par la présente loi.

(1) Voy. *Paris médical*, n° 8, du 28 février 1943.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 février 1943.

M. LE PRÉSIDENT fait part des décès de M. Emile Forgue (de Montpellier) et de M. Sabrazès (de Bordeaux), associés nationaux.

L'utilisation thérapeutique de l'huile de foie de poisson. — M. ROUVILLOIS rappelle que M. Sébileau a récemment attiré l'attention de l'Académie sur l'utilisation des foies de poisson pour l'extraction d'une huile particulièrement riche en vitamines A. Il propose le vœu suivant, qui est adopté :

« Devant l'insuffisance des huiles de foie de morue et de flétan, l'Académie de médecine émet le vœu que tous les foies de poissons, en particulier ceux de merlu, qu'on pêche en grande quantité à La Rochelle, par exemple, soient, dès le vidage du poisson, conservés au froid ou par addition de sel et utilisés ensuite pour l'extraction des huiles dans un but thérapeutique. »

Le besoin minimal de graisses dans l'alimentation humaine. — MM. CHARLES RICHET et JUSTIN-BESANÇON rappellent que ces graisses sont utiles par elles-mêmes et par les éléments qui y sont contenus, choline, vitastérines. Elles contiennent les acides linoléique et arachi-

donique, tous éléments dont notre organisme ne peut faire la synthèse. Expérimentalement, les rats alimentés sans graisse présentent des troubles cutanés et des manifestations rénales pouvant entraîner la mort, et l'alimentation pauvre en lipides provoque une augmentation moindre de poids que l'alimentation normale.

Chez l'homme, il paraît en être ainsi. La ration habituelle de graisses oscille entre 50 et 85 grammes de graisses sous nos climats chez l'adulte.

Le strict minimum, c'est-à-dire le minimum vital, paraît de l'ordre de 35 grammes. Actuellement, en comptant tous les aliments fournis par l'ensemble des ravitaillements, on peut évaluer la quantité de graisses à 20 grammes pour l'adulte, à 21-24 grammes pour les J1, J2 et J3 ; à 21 grammes pour les vieillards, à 30 et 42 gr. pour les T1 et T2.

Il y a donc carence globale des graisses et mauvais équilibre $\frac{\text{calories lipidiques}}{\text{calories totales}}$. Ce chiffre de 20 grammes de lipides est inférieur au chiffre de lipides consommés à Madrid pendant la famine 1936-1938 et en Allemagne pendant la période 1916-1919. Cette carence lipidique a été décrite par les savants et les cliniciens allemands sous le nom de Fett-Hunger.

La Commission émet un vœu, qu'elle propose à l'Académie de voter, indiquant que, si ce déficit persistait, et à plus forte raison s'il s'exagérait, le nombre des morts dues directement ou non aux restrictions alimentaires augmenterait encore.

Étude de l'hypersensibilité de l'homme tuberculeux aux paratuberculines et aux protéides des bacilles acido-résistants saprophytes. — MM. H. Gougerot et R. Laporte ont utilisé des filtrats de cultures lysés de bacilles acido-alcoolo-résistants saprophytes (paratuberculines) pour pratiquer des intradermo-réactions chez 87 tuberculeux cutanés et 14 témoins atteints de tuberculose ganglionnaire ou osseuse. Les résultats établissent l'existence d'un état para-allergique intense du sujet tuberculeux, chez qui les paratuberculines ne se montrent que dix fois moins actives, en moyenne, que la tuberculine « vraie ».

Des réactions générales fébriles et des réactions focales peuvent aussi être obtenues avec les paratuberculines.

Ces substances se montrent, d'autre part, capables de désensibiliser les sujets tuberculeux pour elles-mêmes et aussi, dans une mesure moindre, pour la tuberculine. Les injections répétées à doses progressivement croissantes de paratuberculines sont toujours très bien supportées par les tuberculeux, même quand on procède très rapidement à l'augmentation des quantités injectées. Cette remarquable tolérance contraste avec l'extrême susceptibilité des mêmes malades envers la tuberculine. Les essais de paratuberculinothérapie, basés sur cette tolérance, ne permettent pas, dès à présent, d'apporter une conclusion.

Commentaires sur le traitement du tétanos, d'après une statistique hospitalière de 294 cas (tétanos de guerre exceptés). — M. V. de Lavergne (de Nancy) rapporte que 100 malades soignés dans son service par la méthode de sérothérapie simple ont succombé dans une proportion de 50 p. 100. Depuis l'utilisation des méthodes de sérothérapie associée, 200 tétaniques traités ont succombé dans une proportion de 40 p. 100. Les nouvelles méthodes de traitement ont donc entraîné un fléchissement de la mortalité de 10 p. 100. Le pronostic du tétanos reste grave malgré l'emploi des thérapeutiques modernes.

Séance du 16 février 1943.

Rapport. — M. Tiffeneau, au nom de la Commission du rationnement pharmaceutique, étudie la question du remplacement de la cocaïne.

La structure antigénique, base d'une classification rationnelle des colibacilles. — MM. Boivin et Corre.

Comparaison du pouvoir vaccinant des virus rabiques fixe et de rue. — MM. Remlinger et Bailly.

Le facteur vasculaire dans les syndromes de déséquilibre alimentaire. — MM. Rimbaud et Serre (note pré-

(Suite page V.)

sentée par M. LEREBOULLET). — Poursuivant leurs études sur le déséquilibre alimentaire et s'appuyant sur les observations de 93 malades, les auteurs montrent que le syndrome de déséquilibre alimentaire apparaît électivement chez des athéromateux (75 p. 100 des cas). Le rôle de l'artériosclérose explique la plus grande fréquence chez les sujets âgés, la prédominance dans le sexe masculin et l'inégale résistance des sujets soumis aux mêmes restrictions. Lorsque des jeunes sont atteints, c'est qu'ils ont des artères de vieillards.

Les résidus indigestibles. — M. RIBADEAU-DUMAS apporte une note de M. R. GOIFFON qui montre que la perte d'azote fécal est augmentée par la masse des résidus indigestibles et par le régime actuel.

Sur le développement du corps thyroïde et du thymus. — M. A. DELMAS (de Montpellier) (note présentée par M. ROUVIÈRE).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 février 1943.

Sur un cas d'infection à « Leptospira grippotyphosa ». — MM. A. LEMIERRE, A. LAPORTE et VERMENOUZE rapportent l'observation d'un jeune homme qui, quelques jours après s'être baigné dans le Petit Morin, en Seine-et-Marne, présenta brusquement de la fièvre, des myalgies, un syndrome méningé, un léger subictère, de l'urobilinurie, de l'injection conjonctivale, de l'herpès labial et une azotémie à 0,73. La guérison survint en huit jours, sans rechute fébrile. Alors que l'on pensait à une forme légère de spirochétose ictéro-hémorragique, le séro-diagnostic fut négatif au *Leptospira ictero-hemorragiæ*, et par contre positif au 1/10 000 pour le *Leptospira grippotyphosa*, agent de la fièvre des marais. Cette observation vient s'ajouter à celles que, pour la première fois en France, M. Decourt a précédemment fait connaître.

M. DECOURT rappelle que les recrudescences fébriles dans cette variété de leptospirose sont très discrètes et surviennent alors que le malade est en pleine convalescence.

Valeur élevée de l'histamine sanguine chez les malades atteints d'ulcère gastro-duodénal. — MM. JEAN-LOUIS PARROT, CHARLES DEBRAY et GABRIEL RICHET ont constaté chez des malades atteints d'ulcère gastro-duodénal une augmentation considérable du taux de l'histamine sanguine durant la période douloureuse, pouvant atteindre vingt fois la valeur normale.

D'autre part, le traitement par les anti-histaminiques (2339 R. P.) a fait disparaître rapidement les signes fonctionnels de la poussée ulcéreuse dans un certain nombre de cas. Des cas plus nombreux et une plus longue durée d'observation sont nécessaires pour juger de la valeur pratique de cette nouvelle médication ; mais il semble dès maintenant établi que l'histamine intervient chez ces malades dans la genèse de leurs douleurs.

M. CHIRAY souligne toute l'importance du terrain ulcéreux, dont on n'a pas tenu suffisamment compte jusqu'ici.

Un cas de bronchiome (tumeur mixte des bronches). — M. LECŒUR rapporte l'observation d'un sujet de soixante-quatre ans qui présenta plusieurs hémoptysies non tuberculeuses, ainsi qu'un aspect de condensation pulmonaire localisée à l'angle cardio-phrénique droit. Une bronchographie lipiodolée montra un élargissement de l'éperon de bifurcation de la bronche lobaire inférieure droite. La bronchoscopie révéla l'existence à ce niveau d'une tumeur sessile recouverte d'une muqueuse normale, et qui histologiquement est une « tumeur mixte » absolument typique. Depuis l'exérèse biopsique, toutes les manifestations morbides disparurent, mais il est à redouter qu'elles ne reparaissent et ne nécessitent des traitements plus étendus.

L'auteur rappelle les principaux caractères de ces tumeurs, pour lesquelles il préfère à la dénomination d'« épistomes » celle de bronchiome.

A propos des tumeurs dites « épistomes ». Les bronchiomes polymorphes. — M. ROLLAND, après la communication de M. Lecœur, insiste sur la fréquence peut-être plus grande que l'on ne l'a dit de ces tumeurs étudiées par MM. Jacob, Pruvost et Delarue, ainsi que par Depierre dans sa thèse. Il insiste en précisant certains

caractères histologiques sur les parentés très étroites existant entre ces tumeurs et les « tumeurs mixtes » des glandes salivaires.

L'auteur se rallie à l'opinion de P. Masson, qui voit dans le polymorphisme de ces tumeurs une polyvalence évolutive de la cellule souche issue de l'épithélium buccal primitif, polyvalence qui montre combien sont fragiles les barrières qui séparent les lignées épithéliale et conjonctive. Critiquant l'appellation « épistome », dont l'hermétisme est un peu gênant, il propose le terme de « bronchiome polymorphe », qui rend mieux compte de la topographie de la tumeur et de son évolution si particulière.

M. Even souligne toute l'importance de la bronchoscopie dans les syndromes pulmonaires qui ne font pas leur preuve.

Éloge funèbre de M. Milhit, par M. Grenet, président de la Société.

Séance du 19 février 1943.

Anurie mortelle après traitement par la paraminophényl-sulfamido-pyridine (Dagénan). — MM. Chiray et A. Cornet rapportent une observation de néphrite aiguë, mortelle malgré la décapsulation, néphrite consécutive à l'absorption pourtant modérée de 14 grammes de Dagénan, en cinq jours, au cours d'une pneumonie chez un tabétique.

Ils pensent que l'issue malheureuse de cette néphrite sulfamidique doit être recherchée dans l'existence d'une tare rénale antérieure, dont l'atteinte syphilitique ancienne du malade pourrait donner l'explication.

M. Fouquet a observé une anurie transitoire chez un sujet ne présentant aucune tare rénale, à l'occasion de la reprise du traitement sulfamidé.

Deux cas simultanés, dont un mortel, d'hémoglobinurie par ingestion de fèves. — MM. Brulé, Pestel et Durgeat ont vu apparaître brutalement et simultanément chez un frère et une sœur un ictère avec forte hémoglobinurie. Le garçon, de dix-huit ans, plus gravement atteint, mourut en cinq jours en anurie, avec une azotémie élevée, comme on voit mourir les formes graves d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* avec blocage du rein par les débris hématiques. La fille, de quinze ans, guérit rapidement. La veille des accidents, la famille avait consommé, aux deux repas, un plat copieux de farine de févettes, et par ailleurs, quelques mois auparavant, après avoir mangé de la même farine, les deux enfants avaient eu un ictère vite guéri.

Peu connu en France, le favisme, avec son hémoglobinurie, est fréquemment observé dans le sud de l'Italie, non seulement après ingestion de fèves, mais après le séjour dans un champ de fèves en fleurs. Il paraît probable que des cas d'hémoglobinurie observés récemment en France chez l'enfant, et dont l'origine demeurait indéterminée, sont des cas de favisme dus au développement de la consommation de la farine de fèves.

M. Cathala a observé un cas analogue avec ictère, anémie intense, fièvre, hémoglobinurie et hémoglobinémie ayant amené la mort en quelques jours par azotémie chez un enfant de onze ans. Il rappelle les travaux expérimentaux qui ont montré la nocivité de l'hémoglobine pour le rein.

M. Huber, dans un cas semblable, a vu survenir la guérison rapide. Il discute la pathogénie de ces accidents,

que certains ont voulu rapporter non à la fève elle-même, mais à des plantes voisines, gesses et vesces.

M. LAMY a eu l'occasion de voir quatre cas de favisme présentant de la fièvre, de l'ictère, une anémie, une hémoglobinurie et parfois une hémoglobinémie. Il discute les éléments du pronostic.

M. RIST demande quelle est la tolérance d'introduction de farine de fève dans les farines panifiables.

M. BRULÉ estime que le pronostic est réglé par l'atteinte rénale. Les lésions anatomiques sont peu connues et les deux seules autopsies publiées ne relatent que de la congestion rénale. L'origine favique des accidents est amplement prouvée cliniquement et expérimentalement.

M. GRENET propose de signaler les dangers éventuels de la consommation de farine de fèves à la Commission du ravitaillement.

Névrite optique atrophique par sulfamidothérapie. — MM. LAEDERICH, MONBRUN, Mme DEBAIN et M. LANGE rapportent une observation concernant une femme de trente-quatre ans qui, à l'occasion d'une congestion pulmonaire grave, absorba 38 grammes de sulfathiazol en six jours. Ce traitement enraya remarquablement l'infection broncho-pulmonaire, mais, le dernier jour de son application, la malade accusa brusquement une diminution de l'acuité visuelle. Une névrite optique rétrobulbaire d'évolution rapide aboutit en quelques semaines à l'atrophie papillaire avec cécité complète d'un œil, presque totale de l'autre.

Les accidents oculaires de la sulfamidothérapie sont rares et ordinairement bénins, et l'on ne connaissait jusqu'ici qu'un seul cas de névrite optique légère et quelques cas de myopie transitoire sans gravité.

Les auteurs invoquent le rôle très probable d'une sensibilisation provoquée par la prise antérieure de sulfamides, rôle déjà soupçonné dans divers autres accidents de la sulfamidothérapie.

M. J. DECOURT souligne le danger des traitements réitérés par les sulfamides et rapporte deux cas d'agranulocytose mortelle à l'occasion d'une reprise de la médication sulfamidée chez deux sujets qui avaient très bien supporté le premier traitement.

M. RIST estime qu'il serait utile de faire connaître les dangers de l'abus des sulfamides donnés très souvent sans raison sérieuse.

M. J. LEREBOULLET a observé assez fréquemment un érythème léger sans gravité lors de l'emploi du sulfamidothiazol.

Dilatation des bronches à forme polykystique. Pneumonectomie. Guérison. — MM. R.-A. MARQUÉZY, M. ISELIN, G. ROCHE et G. RICHET présentent un garçon de dix ans atteint de bronchectasie suppurée de tout le poumon droit depuis l'âge de six ans, chez lequel fut pratiquée une pneumonectomie totale en deux temps. Un épanchement pleural secondairement infecté fut drainé le douzième jour. Une fistule bronchique apparut ensuite vers le dix-septième jour. Malgré ces incidents, la guérison survint par comblement progressif de la cavité pleurale en cinq mois. Elle est actuellement complète.

M. ISELIN insiste sur certains points de technique opératoire, ainsi que sur le mode de comblement de l'énorme cavité pleurale, qui se fait à la fois par organisation de l'épanchement, déviation du médiastin, attraction de languettes pré- et rétro-médiastinales du poumon posé.

ROGER PLUVINAGE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 3 février 1943.

A propos du procès-verbal. Un cas de sarcome fibroblastique du fémur guéri depuis cinq ans par une désarticulation de la hanche. — M. SORREL.

Tumeur paranéphrétique (fibrome) : exérèse avec conservation du rein. — M. AUMONT. — Rapport de M. GOUVERNEUR.

Autoplasties faciales par lambeaux tubulés bipédiculés. — M. GINESTET. — Rapport de M. DUFOURMENTEL. L'auteur utilise un procédé où le lambeau peut être déplacé à grande distance, grâce à des transplantations successives de chaque pédicule.

L'anesthésie rachidienne dans la chirurgie vertébrale (mal de Pott en particulier). — M. ANDRÉ RICHARD utilise une rachianesthésie basse pour la prise du greffon. Pour l'anesthésie du foyer vertébral, rachianesthésie juste au-dessus de la lésion si celle-ci siège au dessous de la dixième dorsale. Si, au contraire, le foyer siège plus haut, l'auteur pratique une anesthésie paradurale suivant la technique indiquée par M. Robert Monod.

Syndrome de névralgie sciatique par compression de la queue de cheval à la suite de fracture du canal sacré. — M. ANDRÉ RICHARD a observé ce syndrome chez une femme ayant eu sept ans auparavant une fracture transversale du sacrum. Une laminectomie sacrée a amené une guérison immédiate et totale.

Les résultats de l'opération d'urgence dans les péritonites à pneumocoques. — M. J. LEVEUF et Mlle PHILIPPE apportent 12 observations chez des filles de trois à dix ans : 5 morts et 7 guérisons. Les résultats semblent être heureusement influencés par la simplicité de l'intervention pratiquée.

M. BLONDIN pense que la sulfamidothérapie peut être un utile adjuvant.

M. SORREL a l'impression que le pronostic opératoire des péritonites à pneumocoques n'est pas très mauvais. Il pense qu'au moindre doute on n'a jamais le droit de s'abstenir.

M. MONDOR pense qu'un diagnostic certain est possible quelquefois et contre-indique l'intervention.

M. R.-CH. MONOD refuse de souscrire à ces vues et estime qu'on n'a pas le droit de s'abstenir dans un syndrome péritonique aigu grave.

M. MONDOR pense que ce serait une rétrogradation que de ne pas oser porter le diagnostic et s'abstenir lorsque le tableau clinique est suffisamment net.

JACQUES MICHON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 janvier 1943.

Dosages de l'hormone cortico-surrénale dans l'urine des diabétiques. — MM. P. HARVIER et J. TURIAF ont constaté, à l'aide du test de Giroud, un taux d'élimination très élevé et parfois considérable de l'hormone corticosurrénale dans les urines de tous les diabétiques, quelle que soit la variété clinique du diabète.

Ces taux d'élimination sont sans rapport avec la tension artérielle des malades. Ils ne semblent pas non plus directement en rapport avec les taux de la glycémie et de la glycosurie.

Élimination urinaire de l'hormone cortico-surrénale chez le chien après injection de phloridzine et après dépancréatation. — MM. P. HARVIER et J. TURIAF montrent que la glycosurie phloridzinique ne provoque pas d'augmentation sensible du taux de l'élimination urinaire de l'hormone, tandis que la pancréatectomie totale entraîne une augmentation très nette du seuil d'élimination et de la quantité globale dans le nycthémère. En ce qui concerne l'élimination urinaire de l'hormone cortico-surrénale, il existe une certaine similitude entre le diabète humain et le diabète expérimental par dépancréatation.

Vitamine B_2 et système nerveux. — Mme B. CHAUCHARD, M. P. CHAUCHARD et Mlle A. RAFFY montrent que la carence en riboflavine, d'une part, l'injection de cette substance à l'animal non carencé (action pharmacologique), d'autre part, retentissent sur le fonctionnement nerveux. La vitamine B_2 doit donc, de même que l'aneurine, être considérée comme une vitamine importante pour le système nerveux.

Élection. — M. le professeur VERGE (d'Alfort) est élu membre titulaire.

F.-P. MERKLEN.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Paul Marquès (de Calais). — Le Dr Armand Delmas-Marsalet (de Dax).

MARIAGE. — Le Dr Georges Wolmant, interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Paulette Malloizel, fille du Dr Malloizel, récemment décédé (Compiègne).

NAISSANCES. — Le Dr et Mme R. Meyer font part de la naissance de leur fille Sylvette. — Le Dr et Mme P. Barbry font part de la naissance de leur fils Stéphane. — Le Dr et Mme P. Cossart font part de la naissance de leur fille Martine. — Le Dr et Mme J. Danel-Cornilliet font part de la naissance de leur fils François. — Le Dr et Mme J. de Prat font part de la naissance de leur fille Chantal. — Le Dr et Mme P. Aubry font part de la naissance de leur fils Michel. — Le Dr et Mme A. Jacquemin font part de la naissance de leur fils Jean-Louis.

SANTÉ PUBLIQUE

Secrétariat d'État à la Santé. — Réunion de presse du 22 février — Dans cette réunion, le Dr Grasset a fait le point sur chacune des importantes questions qui sollicitent son attention.

Le tarif des accidents du travail fait encore l'objet de conversations entre les administrations intéressées. On peut espérer que le relèvement de 50 p. 100 sera obtenu.

La nouvelle nomenclature des actes professionnels, qui a soulevé bien des objections, sera revue et retouchée après la consultation en cours auprès des Conseils de l'Ordre.

Les initiatives des comités sociaux en matière d'organisation de soins sont l'objet de l'attention du ministre.

Le texte du décret portant règlement d'administration publique relatif aux hôpitaux français est sur le point de paraître à l'*Officiel*.

Les questions des allocations familiales et de la retraite sont tous jours en suspens.

Le ministre se félicite d'avoir obtenu la suppression des reçus du carnet à souches. Le livre journal est maintenu, mais il est anonyme.

Enfin, à propos de la relève des médecins prisonniers, le Dr Grasset indique que 449 médecins sont déjà ou vont être relevés.

Sur 800 médecins qui donnent leurs soins aux prisonniers, il y aura en tout 552 médecins de l'active. Ce dernier chiffre comprend les 103 médecins de l'active actuellement dans les camps.

Ordre de la Santé publique. — Sont nommés dans l'ordre de la Santé publique, au grade de chevalier :

M. le Dr Avril (Louis-Julien-Eugène), chirurgien de l'hôpital de Saint-Nazaire ;

M. le Dr Bizard (Edmond-Charles), inspecteur de la Santé à Saint-Nazaire.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Lian ait sa leçon inaugurale aujourd'hui 20 mars, à 18 heures, au grand amphithéâtre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Damade, professeur d'anatomie, est transféré dans la chaire de clinique des maladies infectieuses de cette faculté (chaire transformée).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Duthoit, agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur titulaire de la chaire de thérapeutique de cette faculté (ancienne chaire de clinique psychiatrique transformée).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Sedallian, agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur titulaire de la chaire de clinique des maladies infectieuses de cette faculté, en remplacement de M. Chalier, décédé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Abel est transféré dans la chaire de clinique médicale de cette faculté, en remplacement de M. Perrin, retraité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Boularan, agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie de cette faculté, en remplacement de M. Lefebvre, transféré dans une autre chaire.

M. Fabre (Pierre), agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur titulaire de la chaire de clinique des maladies des voies urinaires à cette faculté, en remplacement de M. Miginiac, transféré.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — **Candidats déclarés admissibles à la sous-admissibilité des hôpitaux.** — MM. les Drs Siguier, Morin, Varay, Grossiord, Faulong, Catinat, Dugas, Mallet, Conte, Duperrat, Mahoudeau, Deparis, Pecher, Lafitte, Mathivat, Seringe.

Concours pour trente places d'internes titulaires et dix places d'élèves suppléants dans les hôpitaux et hospices de la région de Paris. — Ce concours aura lieu le 10 mai.

Des vacances sont à prévoir :

1° A Neuilly, Saint-Denis, Versailles, Saint-Germain-en-Laye, Argenteuil, Eaubonne, Montfermeil, Villeneuve-Saint-Georges ;

2° A Corbeil, Etampes, Mantes, Pontoise, Rambouillet, Melun, Meaux, Fontainebleau.

Inscriptions reçues du 5 au 24 avril inclusivement, au Service de santé de l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris.

Concours d'assistants en chirurgie. — *Classements des candidats.* — MM. les Drs Huguier, 90 points ; Lance, 87 points ; Monsaingeon, 87 points ; Guénin, 87 points ; Neyraud, 85 points ; Verne, 84 points ; Laurance, 84 points ; Nardi, 83 points ; Olivier, 82 points ; Judet, 82 points ; Coldefy, 80 points ; Champeau, 80 points ; Denoix, 79 points ; Le Roy, 79 points ; Monod, 77 pointt.

HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE SAINT-DIZIER. — Un poste d'interne en médecine suppléant est vacant à l'hôpital psychiatrique de Saint-Dizier. Les demandes devront être adressées avant le 29 mars courant, avec toutes pièces justificatives, à M. le Directeur de cet établissement.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre des médecins. Conseil départemental de la Seine. Bons d'alcool. — Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins avise les confrères du département qu'il tient à leur disposition des bons d'alcool pour le premier trimestre de 1943 et le prie de venir les prendre ou les faire prendre au 242, boulevard Saint-Germain (Métro Bac), tous les jours, de 9 à 12 heures et de 14 à 18 heures, le samedi après-midi excepté.

REVUE DES LIVRES

Le Corps médical devant la médecine sociale, PIERRE THEL, Chef de cabinet du Secrétaire d'État à la Santé. 1 vol. 220 p. (*J.-B. Baillière, éd., Paris*, 1943.)

Ce livre, qui est divisé en trois parties, médecine des soins, prévention, et d'une façon générale l'étude de la profession médicale et de son organisation sous le contrôle du Secrétariat d'État à la Santé, cherche à faire le point de l'évolution sociale contemporaine, caractérisée essentiellement par le développement de l'assurance dans les préoccupations individuelles et collectives. La société apparaît ainsi à l'auteur comme se transformant progressivement en une sorte de gigantesque mutualité ; il en déduit qu'une telle évolution retentit effectivement sur le médecin parce que la maladie est un des risques les plus graves ; d'où la médecine sociale.

L'auteur estime donc que ceci comprend non seulement la prévention (médecine préventive), mais également une médecine de soins à des malades couverts par un tiers payant ou répondant. Or, comme l'indique Pierre Theil, un malade sur deux relève de la médecine sociale de soins.

Ce livre fut écrit, ajoute l'auteur, afin d'éclairer le corps médical sur le fonctionnement des tendances de la médecine sociale. Or le médecin actuel ne lui semble pas suffisamment informé des institutions de cette médecine collective. S'il en est vraiment ainsi, il ne faut pourtant pas oublier que le rôle d'un médecin est avant tout de soigner.

Le livre de M. Theil est donc venu à un bon moment. Il présente un intérêt indiscutable : l'assistance, les soins aux pensionnés de guerre, les accidents du travail, etc., relèvent aussi de la médecine sociale. De même la seconde partie, sur la prévention et les luttes contre les fléaux sociaux, est particulièrement intéressante.

C'est pourquoi on ne peut que féliciter l'auteur d'avoir bien accompli la tâche qu'il a entreprise, en écrivant un livre qui renseignera les praticiens sur des questions qu'ils ne connaissent souvent qu'incomplètement. R. PIÉDELIÈVRE.

Cent pas autour de ma maison, par le professeur LÉON BINET. (*Ed. Mercure de France*, 1942.)

Attention en éveil et don d'observation ne sont pas seulement le fait du travail en laboratoire ; un physiologiste éminent qui se double d'un écrivain et dont les scènes de la vie animale ont à cet égard consacré la maîtrise nous prouve qu'autour d'une paisible maison de campagne la vie animale offre mille raisons d'intérêt et d'émerveillement. De l'aurore à la nuit et de la nuit à l'aurore « la vie ne cesse pas un instant de battre au sein de l'univers ».

Les animaux domestiques, les habitants des arbres, ceux de l'étang et du ruisseau sont tour à tour sujets de réflexions pertinentes.

L'ouvrage ne peut laisser indifférent ceux qui savent goûter le charmant mélange des joies champêtres et de l'esprit d'analyse.

R. C.

LE PROFESSEUR ÉTIENNE CHABROL, MEMBRE DU COMITÉ DE DIRECTION DU " PARIS MÉDICAL "

Le Comité de Direction du « Paris médical » est heureux d'annoncer l'entrée du professeur Chabrol au sein de ce Comité. Étienne Chabrol est un très ancien collaborateur et ami de notre journal : en disciple fidèle et dévoué du professeur Gilbert, il avait sa place tout indiquée dans la direction de notre journal, et nos lecteurs apprécieront particulièrement son concours et celui de ses élèves.

LES NOUVEAUX PROFESSEURS

LE PROFESSEUR JEAN SÉNÈQUE

Le professeur agrégé Jean Sénèque vient d'être nommé à la chaire de clinique thérapeutique chirurgicale. Il succède, dans ce beau service de l'hôpital de Vaugirard, à mon regretté maître Pierre Duval, qui y avait œuvré avec éclat pendant de longues années et qui vient d'y mourir le bistouri à la main. Il est des successions qui sont lourdes à recueillir : celle de Pierre Duval est du nombre, et il faut avoir les reins solides pour la supporter. Mais nul mieux que le professeur Sénèque n'était qualifié pour cette redoutable tâche.

Au fronton de l'hôpital de Vaugirard a été gravée la devise de la Faculté de médecine : *Urbi et orbi salus*. Pierre Duval avait su mettre en œuvre cette belle maxime et faire de son service un centre chirurgical connu dans le monde entier et où l'on venait de tous les coins de la terre, apprendre et travailler.

Le professeur Sénèque, qui entre en possession de ce précieux héritage, saura mieux que quiconque le faire fructifier.

Pierre Duval, qui était l'homme de l'intuition, des réflexes précis, de l'adresse, on peut même dire de la virtuosité opératoire, eût aimé, j'en suis sûr, voir toutes ses qualités maîtresse survivre chez celui qui allait prendre en main cette chaire de clinique thérapeutique à laquelle il avait consacré sa vie.

On peut concevoir qu'un professeur de clinique chirurgicale ne soit qu'un médiocre opérateur. Mais qui dit professeur de thérapeutique chirurgicale sous-entend chirurgien habile de ses doigts et capable de prêcher d'exemple par la démonstration opératoire. Le professeur Sénèque, à une vaste érudition, joint un grand bon sens et cette habileté manuelle sans laquelle il n'est pas de grand chirurgien. Il réunit les trois qualités principales qui font, aux dires d'un ancien auteur, le bon chirurgien : être savant dans la théorie, expérimenté dans la pratique, et doux dans l'application de ses mains.

Dans cette clinique de Vaugirard où Pierre Duval avait su réaliser une étroite et profitable symbiose entre chirurgiens et médecins, le professeur Sénèque poursuivra cette même collaboration médico-chirurgicale pour le plus grand bien des malades. Nous ne sommes plus, heureusement, au temps où un chirurgien (La Peyronie, pour ne pas le citer) voulait qu'on élevât un mur infranchissable de séparation entre la chirurgie et la médecine, ce qui lui avait d'ailleurs valu cette question pleine d'humour de Daguesseau : « Mais de quel côté du mur mettra-t-on le malade ? »

Je ne saurais citer ici tous les titres du professeur Sénèque. Ils jalonnent une belle carrière tout unie et toute droite. Sans parler de ses titres militaires (deux citations au cours de la Grande Guerre et la Légion d'honneur à titre militaire), je me bornerai à rappeler sa thèse sur la « cranioplastie osseuse suivant le procédé Sicard-Dambrin » en 1919, ses articles sur la neurotomie rétrogassérienne, les côtes cervicales, la réduction en position ventrale des fractures de la colonne vertébrale, le fonctionnement de l'estomac après gastrectomie, le syndrome abdominal aigu au cours du purpura, le traitement chirurgical du dolichocôlon, la reconstitution de l'appareil sphinctérien dans les prolapsus du rectum, les dilatations congénitales du cholédoque, les abcès de la rate, etc., et ses mouvements chirurgicaux de la *Presse médicale* sur les résultats de l'opération de Trendelenburg, le traitement chirurgical de la sténose mitrale, les résultats de l'œsophagoplastie totale, les indications thérapeutiques dans les fistules pancréatiques, le cancer du col restant après l'hystérectomie subtotale.

Je rappellerai enfin son rapport au XLe Congrès français de chirurgie sur le « traitement chirurgical immédiat des fractures ouvertes de jambe » et les nombreux articles qu'il a rédigés dans la *Pratique médico-chirurgicale*, le *Précis de pathologie chirurgicale* et le *Précis de diagnostic chirurgical*. Nul doute, d'ailleurs, qu'avec les puissants moyens de travail dont il va disposer, le professeur Sénèque ne multiplie son activité d'enseigneur et de chercheur pour le plus grand bien de tous, étudiants et malades.

ALAIN MOUCHET.

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DÉCERNE A M. ANDRÉ-THOMAS LE PRIX MONACO

L'Académie de médecine vient d'attribuer à M. André-Thomas la plus haute distinction dont elle puisse disposer, le prix du Prince Albert Ier de Monaco. Parmi les chercheurs de notre temps, M. André-Thomas est en effet un de ceux qui méritent le plus d'estime et de respect. Son œuvre — fruit de cinquante ans d'un labeur acharné — est considérable et s'étend à tout le champ de la neurologie ; mais on doit cependant mettre au premier plan deux grands ordres de recherches qui ont été, suivant sa propre expression, ses deux « idées fixes » dans la vie : celles qui sont relatives au cervelet et à l'équilibre, celles qui explorent le sympathique par le moyen des réflexes végétatifs.

La thèse que M. André-Thomas consacra au cervelet, en 1897, est de celles qui sont restées célèbres dans les annales de notre Faculté. Depuis lors, il n'a cessé de s'intéresser à cet organe, et sa contribution porte sur tous les domaines. D'abord et avant tout anatomiste, élevé à la grande école des Déjerine, il a suivi le réseau touffu des connexions cérébelleuses ascendantes et descendantes ; en anatomie pathologique, il a décrit, avec Déjerine, l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse et étudié longuement les atrophies du cervelet ; en physiologie, il a cherché à préciser les localisations cérébelleuses, à la fois chez l'animal d'expériences et chez l'homme à la suite de blessures de guerre ; la clinique lui doit enfin la mise en lumière de la passivité, de la dysmétrie, comme éléments fondamentaux du syndrome cérébelleux, ainsi que d'ingénieuses techniques pour les reconnaître au lit du malade.

Comme il était naturel, ces études conduisirent aux problèmes plus généraux de l'équilibration et du tonus, auxquels M. André-Thomas a apporté une importante contribution. Le gros livre qu'il vient de consacrer à l'équilibre est une précieuse mise au point de ces questions difficiles.

Presque toutes ces recherches ont été conduites par la méthode anatomo-clinique, et cela leur donne une solidité inébranlable. Mais M. André-Thomas est trop bon observateur pour n'avoir pas discerné d'emblée qu'il existe en neurologie, à côté des lésions organiques, une série de perturbations fonctionnelles, d'allure souvent paradoxale, mais d'importance capitale. L'examen de blessés de guerre lui montra que des blessures d'apparence insignifiante peuvent parfois provoquer à distance une perturbation du régime des réflexes, et surtout des réflexes végétatifs. Ces phénomènes, auxquels il donna le nom de «phénomènes de répercussivité», l'amenèrent à ses recherches sur le sympathique et les réflexes végétatifs.

Elles constituent un ensemble des plus remarquables. Sans négliger les vaso-moteurs ni les réflexes sudoraux, qui sont d'interprétation délicate, M. André-Thomas s'est attaché à l'analyse de la chair de poule et du réflexe pilo-moteur à l'état normal et pathologique. Sa monographie sur ce sujet est un chef-d'œuvre d'observation précise et pénétrante : il a déterminé pour chaque partie du corps les centres sympathiques du réflexe ; il a étudié l'effet des lésions de la moelle, de celles de la chaîne sympathique, et il en a tiré de précieuses déductions pour le diagnostic neurologique.

A côté de ces deux grands ordres de recherches, nous ne ferons qu'une simple mention de travaux dont quelques-uns sont cependant fort importants : sur les faisceaux descendants de la moelle, sur les cavités médullaires et la syringomyélie, sur les lésions de l'anémie pernicieuse, sur le zona, sur l'aphasie...

Il convient aussi de dire que des circonstances regrettables ont privé M. André-Thomas de toute situation officielle : il a toujours été un travailleur isolé. Ce fut un malheur pour la neurologie française, car, dans de meilleures conditions, il aurait pu faire plus encore ; mais cela est tout à l'honneur de M. André-Thomas, qui a conquis en France et à l'étranger une situation scientifique et morale de premier ordre. En lui décernant sa plus haute récompense, l'Académie a fait, à tous points de vue, œuvre de justice : elle a la satisfaction de constater que l'opinion médicale a été unanime à penser comme elle.

A. BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 février 1943.

Le taux de blutage de la farine. — M. PERROT demande que le taux de blutage soit ramené le plus près possible de 80 p. 100 et au maximum de 85 p. 100. On pourrait ainsi obtenir un pain blanc, léger et digestible, et récupérer le gros son, qui est responsable des troubles digestifs souvent signalés.

La récupération du sang au point de vue de l'alimentation humaine. — M. MARTEL montre la nécessité d'un perfectionnement des méthodes, actuellement très primitives, de récolte du sang, qui peut constituer un appoint alimentaire important.

La récolte du sang opérée sur l'animal suspendu assure des avantages incontestables. Le sang destiné à des usages thérapeutiques n'exige pas moins de soins.

Métrites à sympexions. — M. ARGAUD.

A propos du traitement des tumeurs dites mixtes de la parotide. — M. HENRI REDON. — S'en tenant au strict point de vue clinique, l'auteur fait remarquer la grande fréquence des récidives : celles-ci surviennent dans près de 30 p. 100 des cas. Les récidives multiples ne sont pas rares et certaines aboutissent à la paralysie faciale.

La parotidectomie totale, à la condition expresse de conserver le nerf facial dans sa totalité, paraît être à l'heure actuelle la meilleure thérapeutique à opposer à ce type de tumeurs.

Comité secret. — *Prix Albert Ier de Monaco.* — Le bénéficiaire de ce prix est M. André-Thomas (de Paris). Sujet : Le cervelet.

Séance du 2 mars 1943.

Notice. — M. POLONOWSKI lit une notice nécrologique sur M. HUGOUNENQ (de Lyon), associé national.

Réorganisation de la profession de sage-femme. — MM. COUVELAIRE et TANON. — *Code des maladies.*

La flore colibacillaire normale de l'intestin et le problème de l'origine des anticorps « naturels ». — MM. A. BOIVIN et CORRE.

Le cancer et la vie actuelle. — M. L. IMBERT.

Les orientations doctrinales successives en pathologie digestive. — MM. CHIRAY, H. MOLLARD et H. MASCHAS.

L'hospitalisation d'office de malades contagieux. — M. PIERRE JOANNON demande que l'hospitalisation forcée de certains contagieux puisse être réalisée par deux procédures, dont l'une exempte d'arrêté individuel ; l'autre, moins expéditive, serait notamment applicable à la tuberculose. Un diagnostic officiel devant être à la base de l'une ou l'autre procédure, un texte de loi est souhaitable qui accorderait de façon formelle à l'autorité publique le droit d'envoyer auprès de tout individu sanitairement suspect un médecin chargé de savoir si cette personne peut être la source d'une contagion grave.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 février 1943.

La toxicité comparée du benzène et de ses homologues. Leur action respective sur le sang. — MM. M. DUVOIR et H. LEROUX insistent sur la différence qui existe entre les essences de pétrole non benzéniques, qui ne causent qu'un syndrome ébrio-narcotique passager avant de s'éliminer en nature par le poumon, et les benzols, qui lèsent gravement les organes hématopoïétiques avant de s'éliminer par le rein. L'oxydation du benzène donne dans l'organisme des phénols toxiques, alors que celle du toluène donne de l'acide benzoïque, et celle du xylène de l'acide toluique, inoffensifs pour les organes hématopoïétiques. A l'action destructrice souvent irréversible du benzène s'opposerait une action irritante toujours réversible de ses homologues, qui pour le toluène se traduirait par une polynucléose.

Cette conclusion pourrait conduire à substituer le toluène ou les xylènes au benzène dans les industries où l'emploi d'un hydrocarbure benzénique est indispensable. Elle ne saurait actuellement légitimer dans aucun cas des dérogations aux mesures d'hygiène auxquelles est soumis le personnel exposé à l'intoxication benzolique.

Les niches géantes de la petite courbure. — MM. BRULÉ et P. HILLEMAND rapportent 15 observations de niches géantes de la petite courbure et en projettent les radiographies. Ils divisent ces niches en trois groupes : niches géantes secondaires à des ulcères à évolution aiguë, et disparaissant en quelques semaines par le traitement médical ; niches géantes secondaires à des ulcères extériorisés, se modifiant peu par le traitement ; niches cancéreuses enfin, augmentant progressivement de dimension.

Les auteurs insistent sur le fait que de nombreuses niches géantes ne sont pas cancéreuses, et sur la difficulté du diagnostic, qui ne peut être établi que par la confrontation de tous les éléments cliniques, radiologiques, gastroscopiques et évolutifs.

M. FIESSINGER insiste sur la difficulté du diagnostic entre cancer et ulcère lors de la constatation d'une niche géante. Il est possible que la distension de l'ulcère lors de l'examen radiologique soit à l'origine de la niche géante.

M. ALBOT rappelle qu'une niche géante d'apparition rapide est le plus souvent bénigne.

M. HILLEMAND indique la multiplicité des explications proposées pour rendre compte de la différence de taille entre la niche radiologique et celle que l'on trouve à l'intervention.

M. BRULÉ estime que le spasme et l'œdème autour de l'ulcère exagèrent l'aspect radiologique.

Cancer primitif de l'estomac « in situ » (niche à ménisque et radicelles de type malin). — MM. G. ALBOT, E. PICQUET, M. PARTURIER-LANNEGRACE et H. LIBAUDE rapportent le 11e cas connu de cancer gastrique strictement localisé à la muqueuse, sans envahissement de la musculaire muqueuse. Il s'est révélé radiologiquement par la niche à ménisque de Carman (sillon clair semi-circulaire et concave bordant l'ombre de la niche). Cet aspect, ainsi que l'a dit R.-A. Gutmann, peut être la signature d'une lésion bénigne aussi bien que d'un cancer, et l'épreuve du traitement est le plus sûr moyen de différencier l'un de l'autre. Toutefois, d'après une statistique de 22 cas de niches à ménisque, les auteurs ont pu mettre en évidence un aspect particulier de ménisque malin : la niche est en retrait, le ménisque est large et en pleine ombre gastrique, il est cloisonné par de fins tractus foncés rayonnants ou radicellés. Cet aspect se retrouvait dans ce cas.

M. HILLEMAND pense que le ménisque ne représente que le bord de l'ulcère vu sous un angle particulier.

La tuberculose pulmonaire des dénutris œdémateux. Fréquence des épanchements pleuraux séro-fibrineux associés. — MM. BACHET et J. MARCHE, dans une note présentée par M. GOUNELLE, soulignent la fréquence et la gravité des tuberculoses pulmonaires observées actuellement dans les collectivités sévèrement sous-alimentées, et surtout le pourcentage anormalement élevé de formes s'accompagnant d'épanchements séro-fibrineux (60 p. 100 des cas sur 38 observations recueillies en milieu asilaire). Alors que les dénutris simples ne présentent que 21 p. 100 de cas avec pleurésie, les dénutris œdémateux en présentent 83 p. 100.

Il est à remarquer que ces épanchements, à type d'exsudat, surviennent souvent à l'occasion d'une poussée œdémateuse et persistent après la fonte des œdèmes, ce qui les différencie très nettement de l'hydrothorax bilatéral, si fréquent chez les grands œdémateux. Les auteurs font intervenir le trouble du métabolisme de l'eau, qui existe chez les dénutris, pour expliquer l'anormale fréquence des cortico-pleurites chez les tuberculeux œdémateux, et en général des pleurésies actuellement observées.

Séance du 5 mars 1943.

Zona des VIIe et IXe nerfs craniens suivi d'un syndrome encéphalitique. — M. JACQUES DECOURT a vu, chez un vieillard de soixante-dix-sept ans, présentant un zona cranien avec paralysie faciale et un double foyer éruptif sur le voile du palais et la conque de l'oreille, apparaître par poussées successives des paralysies oculo-motrices bilatérales, par atteinte du moteur oculaire commun et du moteur oculaire externe, une hémiparésie droite, de la narcolepsie et du délire. L'interprétation des faits est fort difficile, car le malade présentait antérieurement un syndrome parkinsonien fruste ; mais l'enchaînement des faits laisse penser que les lésions encéphalitiques diffuses doivent être attribuées au virus zostérien.

Néphrose lipoïdique et néphrite azotémique. — M. H. GRENET rapporte l'observation d'une fillette de vingt-sept mois présentant depuis quelque temps de l'œdème et une albuminurie, et qui fut prise brusquement de troubles visuels. L'examen montra une rétinite hémorragique, une albuminurie importante et un syndrome humoral de néphrose. Le taux de l'urée sanguine était de 1gr,65. Ce n'est que sous l'influence du régime carné que l'on constata le retour de l'urée sanguine à la normale, une amélioration du syndrome humoral, la disparition de l'albuminurie et des œdèmes. La guérison apparente se maintient depuis plus de trois ans.

Cette observation pose une fois de plus la question des rapports de la néphrose et des néphrites. On est conduit à admettre que dans ce cas néphrite et néphrose sont intimement liées, et que les phénomènes néphritiques sont sous la dépendance directe de la néphrose.

M. DÉROT souligne que l'azotémie n'est pas une contre-indication au régime carné. Certains auteurs donnent une quantité importante de lait caillé écrémé.

Bronchoscopie et biopsie systématiques. — MM. R. EVEN et J. LECŒUR rapportent trois observations d'hémoptysies dont seule la bronchoscopie a révélé l'origine. Dans un cas, il s'agissait d'un polype bronchique ; dans les deux autres, de cancers de la bronche lobaire supérieure gauche. Dans ces cas, la muqueuse était macroscopiquement saine, mais les examens histologiques montrèrent, sous un épithélium normal ou en métaplasie malpighienne, des éléments néoplasiques.

Les auteurs soulignent la nécessité de l'examen bronchoscopique dans toute hémoptysie non tuberculeuse. Cet examen permet seul le diagnostic de siège et de nature de la lésion. La biopsie doit porter en muqueuse saine, sous laquelle on trouve fréquemment des éléments cancéreux.

Des opacités arrondies intrapulmonaires. — MM. R. EVEN et J. LECŒUR distinguent dans les opacités intrapulmonaires celles qui sont durables et celles qui sont transitoires. Les premières s'observent dans les kystes et les tumeurs, et les secondes dans les hépatisations ou les infarctus. Aussi, en l'absence du critère anatomo-pathologique, convient-il d'attendre au moins trois semaines avant d'envisager une intervention chirurgicale dont les risques ne doivent pas être sous-estimés.

Considérations sur une statistique de 140 malades,

traités par électro-choc. — MM. Carrot, Paraire et Charlin ont obtenu des résultats thérapeutiques excellents dans les états dépressifs graves et les mélancolies : 57 guérisons et 8 améliorations sur 65 malades. Dans 9 cas de bouffées polymorphes, 6 bons résultats. Dans les états maniaques, les résultats sont moins bons, et ils sont nuls dans la démence précoce (35 cas), la psychose hallucinatoire chronique et les délires paramaniaques. Les paroxysmes dépressifs des psychasténiques ont été favorablement influencés, ainsi que les syndromes douloureux à composante psychique qu'aucune thérapeutique n'avait améliorés.

Les auteurs terminent leur travail par un essai sur le mécanisme physico-pathologique de l'électro-choc.

État confusionnel transitoire survenu trois jours après électro-choc au cours d une convulsivothérapie. — MM. Carrot, Paraire et Charlin ont observé trois jours, après un électro-choc, un état confusionnel persistant une semaine. Dans son mécanisme, les troubles mnésiques paraissent au premier plan. Le tableau évoque, cependant, les états crépusculaires notés chez certains boxeurs après leur match. On peut se demander si on n'assistera pas un jour à des accidents analogues au « punch drunk ».

Pneumopathie suraiguë avec syndrome malin deux jours après électro-choc. Étude anatomique. — MM. Carrot, Paraire et Charlin ont vu apparaître chez un malade, deux jours après un électro-choc, une pneumopathie massive qui a entraîné la mort de façon suraiguë. L'examen anatomo-pathologique a montré dans les différents viscères l'aspect d'un syndrome malin. L'action bio tropique du choc convulsivant est possible et peut amener une sidération générale des défenses de l'organisme. L'origine nerveuse n'est pas à éliminer. Cette observation se rapproche de celles relatant des pneumonies après intervention neuro-chirurgicale sur la région frontale.

Roger Pluvinage.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 10 février 1943.

A propos du procès-verbal. Sur les péritonites à pneumocoques. — M. Sorrel demande que soit mise au point la question du traitement de ces péritonites.

Suites éloignées d'un traitement d'ostéosarcome. — M. Rousset. — Rapport de M. Moulonguet. Dans cette observation, où il s'agissait d'un sarcome ostéoïde, la mort est survenue six ans après le traitement radiothérapique, par métastase, sans qu'il y ait eu de reprise d'évolution locale.

Torsion d'un dolicho-sigmcïde. — M. Delbreil. — Rapport de M. Moulonguet.

Un cas de léiomyome de l'iléon compliqué de volvulus intestinal. — M. Boudreaux. — Rapport de M. Petit-Dutaillis. L'affection se révèle par un syndrome d'occlusion intestinale. L'intervention fut pratiquée : la tumeur, grosse comme le poing, était appendue à l'iléon par un pédicule qui était tordu et qui avait entraîné une torsion de l'anse intéressée. L'auteur réséqua 25 centimètres d'intestin grêle : rétablissement de la continuité par bouton de Murphy. Suites simples. M. Petit-Dutaillis pense qu'il eût été plus prudent, étant données les circonstances opératoires et le bon état de l'anse, de se contenter de réséquer la tumeur.

La fistulisation préventive du grêle dans la chirurgie du côlon et du rectum. — M. Raymond Bernard est convaincu de la très grande utilité de cette méthode dans un grand nombre de cas, la rétention intestinale ayant une influence sur le choc opératoire et sur les sutures. L'auteur estime que, dans un bon nombre de cas, les résections en un temps protégées par un Witzel peuvent être opposées sans témérité aux méthodes en plusieurs temps par extériorisation. Il étudie les cas qui peuvent, à son avis, bénéficier de cette méthode d'exérèse en un temps.

(Suite page V.)

Puis, venant sur les méthodes par extériorisation, M. Bernard insiste sur l'utilité du Witzel dans ces cas.

Quant aux cancers du rectum, ils peuvent bénéficier aussi de ces entérostomies préventives.

Au point de vue technique, l'auteur pense que l'on doit fistuliser une anse du troisième quart du grêle : c'est-à-dire une anse se trouvant dans la région fosse iliaque gauche-bassin. L'anostomose est faite à la Witzel, avec une sonde de Pezzer ou de Malécot.

M. D'ALLAINES estime que, pour la chirurgie du cancer du rectum, il faut dériver complètement l'intestin par un anus à éperon ; pour la chirurgie du côlon, il faut faire une dérivation, mais peut-être le drainage sur le gros intestin est-il aussi bon et plus anodin que l'iléostomie.

M. BROCQ pense que M. Raymond Bernard a peut-être étendu un peu trop largement la méthode et qu'il faudrait davantage sérier les cas.

Hernie diaphragmatique gauche post-traumatique datant de six ans. — M. GUIBAL (de Nancy) apporte cette observation dans laquelle il a pu obtenir un beau succès opératoire par voie thoracique complétée par voie abdominale. Un pneumothorax pré-opératoire a permis un examen radiologique plus précis.

Séance du 17 février 1943.

A propos du procès-verbal. Sur la conservation de la circulation des ovaires dans l'hystérectomie. — M. ROUHIER.

Tuberculose scléro-hypertrophique à double localisation cæcale et iléale compliquée de perforation et péritoine libre. Large hémicolectomie. Guérison. — M. BOUDREAUX.

M. BERGERET, rapporteur, insiste sur l'intérêt de ce cas et la rareté des perforations dans ces formes de tuberculose.

Deux observations d'ostéite tuberculeuse angulo-symphysaire du pubis. — M. CHATON. — M. SORREL lit ce travail.

M. Sorrel souligne la valeur capitale de la radiographie pour ce diagnostic et estime qu'il s'agit là d'une forme favorable parmi les tuberculoses osseuses.

M. D'ALLAINES a observé deux cas de cette affection.

A propos de 337 cas de hernies crurales ou inguinales étranglées. Réflexions sur le traitement des gangrènes herniaires. — M. R. CHABRUT. — Rapport de M. BROCQ. L'auteur montre la difficulté du traitement de ces gangrènes herniaires et conclut à l'effroyable gravité de l'extériorisation, à laquelle l'entérectomie est infiniment supérieure. L'auteur précise les détails de technique de cette entérectomie.

Séance du 24 février 1943.

Présentation de malade. — M. MAURER présente un homme de soixante-trois ans opéré depuis vingt-six jours de pneumonectomie totale pour dilatation bronchique.

Invagination iléo-colique chez une femme de soixante treize ans liée à la présence d'une tumeur bénigne du grêle et d'un épithélioma du cæcum. Hémicolectomie droite. Guérison. — M. AUMONT. — Rapport de M. SICARD. L'auteur insiste sur la rareté de la coexistence d'une tumeur bénigne sur le grêle et d'un cancer du gros intestin. La première intervention ne comporta que la désinvagination ; l'hémicolectomie fut faite dans un second temps.

A propos des méfaits d'un bouton utilisé pour une gastro-entéro-anastomose. — M. J.-J. HERBERT. — Rapport de M. SEILLÉ. La rétention du bouton provoqua une perforation de l'intestin au niveau de la bouche d'anastomose au bout de plusieurs années. Plus d'un an après, étirement avec torsion du canal d'anastomose ; ce canal formant bride permit l'étranglement du grêle entre cette bride et la paroi postérieure. La torsion du canal provoqua d'autre part une fissure ; une troisième intervention fut pratiquée. Excellente guérison au bout de trois ans.

M. SÉNÈQUE et M. BERGERET rapportent chacun un cas où la bouche d'anastomose s'oblitéra.

A propos d'un cas d'infiltration stellaire au cours d'un trouble ischémique d'origine traumatique. — M. Courriadès. — Rapport de M. Sylvain Blondin.

Deux observations d'artériectomie comme traitement de la gangrène sénile des membres inférieurs. — M. Courriadès. — Rapporteur : M. Sylvain Blondin.

Traitement des adénopathies de l'épithélioma de la lèvre inférieure. — MM. Barbier et J. Delarue pensent que la lésion labiale doit être traitée par curiethérapie. Le curage ganglionnaire doit toujours être fait : il sera prophylactique ou curatif. L'évidement intéressera toujours les régions sous-mentale et sous-maxillaire des deux côtés ; dès que le cancer atteint la muqueuse, il faut y ajouter un évidement des ganglions de la région carotidienne du côté de la lésion.

M. Roux-Berger estime que la chirurgie a encore ses droits dans certaines récidives labiales quand les radiations sont contre-indiquées. Quant aux ganglions, il faut les enlever, et cet évidement ganglionnaire doit être aussi précoce que possible. C'est lorsque le cancer a envahi la commissure et le sillon gingivo-jugal qu'il faut élargir l'évidement de la région carotidienne. Cet élargissement est nécessaire aussi dans les cas de lésion labiale récidivée.

Sur les accidents dits toxiques consécutifs aux levées d'occlusion et de garrot. — M. Jean Gosset pense que le stockage sanguin et la diffusion plasmatique qui se produisent dans un membre à la levée du garrot permettent peut-être un ralentissement circulatoire et un trouble de circulation générateurs de choc. Les faits expérimentaux semblent confirmer ces données. L'auteur pense, de même, que l'accroissement subit de la masse sanguine dans la région splanchnique, lorsqu'on lève l'occlusion, peut entraîner un trouble circulatoire analogue.

M. Leriche serait moins uniciste et pense que peut-être s'associent des phénomènes sanguins et des phénomènes nerveux.

M. Rouhier n'a pas observé de phénomènes de choc dans des cas de garrot mis pendant une heure ou deux pour des résections du genou, par exemple.

Jacques Michon.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 19 janvier 1943.

Bureau de la Société pour 1943. — Président: Dr Tixier ; vice-président : Dr Genévrier ; secrétaire général : Dr Hallé ; trésorier : Dr Huber ; secrétaire des séances : Dr M. Lamy.

Nouveaux membres de la Société : MM. Fouquet, Rossier, Eck, Combes-Hamelle, Meynadier (de Limoges).

Déformations maxillo-faciales consécutives au traitement orthopédique de certains maux de Pott. — MM. Huc et Leclerc présentent deux malades chez lesquels avec beaucoup de patience a été entreprise avec succès la correction des déformations maxillo-faciales et des déviations dentaires dues au port d'une minerve prenant appui sur le maxillaire inférieur.

M. Tixier considère qu'il est très désirable d'avoir des spécialistes du redressement dentaire dans les hôpitaux d'enfants.

M. Sorrel admettait que les lésions en question étaient définitives ; c'est un très gros progrès de pouvoir les améliorer.

Deux cas de paralysie obstétricale dite du plexus brachial. — M. Leveuf.

Anémie grave infantile avec fièvre, ictère, leucocytose et hémoglobinurie, guérison rapide. — MM. Huber, Florand, Le Sourd et Nordin rapportent un cas personnel de ce syndrome. Il est à rapprocher des faits étudiés par M. Tixier, par M. M. Lamy et antérieurement par M. Paisseau.

M. Lamy insiste sur l'autonomie qu'il faut accorder à ce syndrome, bien décrit par M. Tixier, et qui évolue rapidement vers la guérison ; son étiologie reste inconnue.

Emphysème bulleux simulant une caverne au cours

d'une tuberculose de primo-infection. — MM. J. MARIE, J.-J. WELTI, SALET et PHILIPPE, en rapportant cette observation, dont ils ne connaissent pas d'exemple comparable, insistent sur son intérêt, qui n'est pas seulement d'ordre radiologique, portant sur l'interprétation des aspects spéléomorphiques apparaissant au cours de la tuberculose initiale. Ce fait illustre l'importance des troubles de la ventilation pulmonaire lors de l'évolution du complexe primaire, et il explique vraisemblablement les heureux résultats thérapeutiques publiés par les quelques rares auteurs qui croient avoir guéri une tuberculose, en apparence cavitaire, du nourrisson par la collapsothérapie.

L'emploi de la sciure de bois en remplacement du linge chez le nourrisson. — M. MAILLET indique comment il place les nourrissons dans un sac rempli de sciure de bois, le linge faisant défaut. Il faut une livre de sciure deux fois par jour; la sciure doit être choisie « soufflée » ne contenant pas d'échardes possibles.

Sur les méningites à pneumocoques compliquant les oto-mastoïdites du nourrisson. — MM. LÉVESQUE et MOTTE insistent sur l'existence, au cours des états hypertoxiques accompagnant certaines oto-mastoïdites du nourrisson, de méningites à pneumocoques à symptomatologie fruste : absence de signes méningés, liquide céphalo-rachidien clair, faible cytologie, albumine à peine augmentée, peu ou pas de germes à l'examen direct, mais culture positive pour le pneumocoque. Il faut rechercher systématiquement ces méningites par la culture du liquide céphalo-rachidien ; à l'autopsie de ces cas, il n'y a qu'un minimum de lésions méningées.

A. BOHN.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Zipfel, vice-président de l'Association des médecins de France. — Le Dr Albert Vaudremer. — Le Dr Albert Dercheu (de Vanves).

MARIAGE. — M. Bertrand Hallé, fils du Dr Jean Hallé, médecin honoraire des hôpitaux, avec Mlle G. Lacau. — Le Dr Jean Aumont avec Mlle J. Renard.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Pierre Bénech font part de la naissance de leur fille Françoise. — Le Dr et Mme Baudry font part de la naissance de leur fils Charles. — Le Dr et Mme Ledoux font part de la naissance de leur fils Joseph. — Le Dr et Mme P. Dandois font part de la naissance de leur fils Pierre. — Le Dr et Mme Deshonnets-Rigot font part de la naissance de leurs filles Bernadette et Odile. — Le Dr et Mme Douady font part de la naissance de leur fille Hélène (Saint-Hilaire-du-Touvet).

FACULTÉS

Liste d'aptitude à l'enseignement supérieur. — Ont été inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de aître de conférences, à titre complémentaire, pour l'année 1942 :

Facultés de pharmacie. — MM. Castel, Cordehard.

Ont été inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de chef de travaux dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie, à titre complémentaire, pour l'année 1942 :

Médecine légale. — M. Fourcade.

Anatomie. — M. Bourgeon.

Bactériologie. — M. Aversenq.

Physiologie. — MM. Chardon, Rougier.

Physique médicale. — M. Chechan.

École de médecine de Clermont-Ferrand. — M. Dastugue est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie biologique.

M. A. Piollet est nommé professeur titulaire de pathologie chirurgicale.

M. G. Petit est nommé professeur titulaire de médecine légale.

M. le professeur Alary est transféré de la chaire de pathologie chirurgicale dans celle de clinique chirurgicale.

M. le professeur Germain est transféré de la chaire d'histologie dans celle de clinique chirurgicale infantile, en remplacement de M. Dionis du Séjour, retraité.

M. le professeur Paillard est transféré de la chaire de pathologie interne dans celle de clinique médicale, en remplacement de M. Castaigne, retraité.

M. Ackermann, professeur de médecine légale, est nommé professeur de pathologie interne.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour une place de chirurgien des hôpitaux (1er concours de nomination). — Liste de MM. les Membres du jury par ordre de tirage au sort :

MM. les Drs Boppe, Girode, Brocq, Welti, Chevrier, Sorrel, Rouhier, Ameline, Braine, Banzet, chirurgiens ; M. Guillain médecin.

Concours de médecin des hôpitaux 1943 (Ier concours de nomination). — *Epreuve de titres.*

Liste par ordre du tirage au sort de MM. les Membres du jury.

MM. les Drs Justin-Besançon, Péron, Pollet, Clovis Vincent, Laignel-Lavastine, Louis Ramond, Binet, Boulin, Laroche, Léchelle, Abrami, médecins ; M. Moulonguet, chirurgien.

Concours de médecin des hôpitaux 1943 (épreuves d'admissibilité clinique). — 13 places (classement par rang).

MM. Turiaf, Bolgert, Thieffry, de Graciansky, Bouvrain, Grossiord, Duperrat, Mahoudeau, Conte, Deparis, Dugas, Pécher, Lafitte.

Répartition dans les services hospitaliers de MM. les Élèves internes et externes en médecine pour l'année 1943-1944. — MM. les Élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'hôpital Laennec (salle des consultations des spécialités), 42, rue de Sèvres, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1943-1944, savoir :

MM. les Élèves internes (pour entrer en fonctions le 30 avril 1943), entrant effectivement en 4e année : le vendredi 2 avril 1943, à 15 heures ; entrant effectivement en 3e année : le lundi 5 avril 1943, à 15 heures ; entrant effectivement en 1re année : le mardi 6 avril 1943, à 15 heures; entrant effectivement en 1re année : le mercredi 9 avril 1943, à 15 heures.

MM. les Élèves externes en premier (pour entrer en fonctions le 30 avril 1943) : le vendredi 15 avril 1943, à 15 heures.

MM. les Élèves externes (pour entrer en fonctions le 10 mai 1943) ayant achevé leur 6e année mais bénéficiant d'une mesure de prorogation ; du concours de 1936 (mobilisés) entrant effectivement en 6e année ; du concours de 1937 (mobilisés) entrant effectivement en 5e année : le jeudi 15 avril 1943, à 15 heures ; du concours de 1937 (non mobilisés) entrant effectivement en 6e année ; du concours de 1938 (mobilisés) entrant effectivement en 4e année ; du concours de 1938 (non mobilisés) entrant effectivement en 5e année : le vendredi 16 avril 1943, à 15 heures ; de 2e année (externes ayant concouru en 1941) du no 1 au no 300 (rang du classement au concours) : le lundi 19 avril 1943, à 14 h. 30 ; de 2e année (externes ayant concouru en 1941) du no 301 à la fin (rang du classement au concours) : le mardi 20 avril 1943, à 14 h. 30 ; de 1re année (externes ayant concouru en 1942), du no 1 au no 200 (rang du classement au concours) : le mercredi 21 avril 1943, à 14 h. 30 ; de 1re année (externes ayant concouru en 1942), du no 201 au no 400 (rang du classement au concours) : le jeudi 22 avril 1943, à 14 h. 30 ; de 1re année (externes ayant concouru en 1942), du no 401 à la fin (rang du classement au concours) : le vendredi 23 avril 1943, à 14 h. 30.

N. B. — MM. les Élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

HOPITAL-HOSPICE D'ORLÉANS. — Un concours est ouvert pour une place de pharmacien à l'hôpital-hospice d'Orléans.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Directeur régional de la Santé et de l'Assistance, 26, boulevard Alexandre-Martin, Orléans (Loiret).

SANATORIUM DES ÉTUDIANTS DE FRANCE. — Par décision du Conseil d'administration, le Dr Douady, médecin directeur, est détaché à Paris, sur sa proposition, et pour une durée d'un an à partir du 1er avril 1943, pour y assurer le développement de la Maison universitaire de post-cure (Section C du sanatorium), 4, rue Quatrefages (Ve). Il est chargé, pendant le même laps de temps, d'une mission permanente d'inspection et de coordination vis-à-vis du Sanatorium des étudiants et de la maison de post-cure de Grenoble.

Le Dr Thibier est confirmé dans les fonctions de médecin chef de la maison universitaire de post-cure de Grenoble, villa Belledonne, La Tronche (Isère) (Section B du Sanatorium des étudiants).

Mlle le Dr Jeanguyot est nommée médecin adjoint du Sanatorium des étudiants.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre national des médecins. — Conseil supérieur de l'Ordre. — *Dispositions fiscales.* — M. le Directeur des Contributions directes au ministère des Finances a fait connaître au Conseil supérieur les dispositions fiscales concernant les médecins titulaires de revenus professionnels et de revenus provenant des traitements et salaires.

Ces dispositions, qui font l'objet d'un long document, ont été portées à la connaissance des présidents et secrétaires des Conseils départementaux, qui en informeront les intéressés. Elles seront publiées intégralement dans le prochain numéro au *Bulletin de l'Ordre.*

Revision des tarifs d'honoraires. — Le Secrétariat général aux anciens combattants prépare, en collaboration avec le Conseil supérieur, un projet de revision des tarifs d'honoraires pour les soins

donnés aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Les dispositions nouvelles feront l'objet d'un arrêté interministériel qui aura un effet rétroactif pour compter du 1er janvier 1943. En conséquence, les médecins sont autorisés à attendre la parution des nouveaux tarifs pour adresser leurs mémoires d'honoraires du 1er trimestre 1943. A cet effet, des instructions ont été données aux préfets par le Secrétariat général aux anciens combattants. (*Communiqué.*)

Ordre des médecins. — Conseil départemental de la Seine. — Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins est prié de pressentir des médecins volontaires pour soigner les ouvriers français en Allemagne.

Pour tous renseignements et précisions, les confrères sont priés de s'adresser au Secrétariat du Conseil de l'Ordre des médecins, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins prie les confrères du département de bien vouloir s'acquitter de leur cotisation 1943, dont le montant reste fixé à 300 francs.

Après le 1er mai 1943, une quittance majorée des frais d'encaissement (10 francs) sera présentée à domicile. (*Communiqué.*)

Enseignement préparatoire aux études médicales. — Le *Journal officiel* du 20 mars 1943 publie un décret relatif à l'enseignement préparatoire aux études médicales.

NOUVELLES DIVERSES

Service obligatoire du travail par les étudiants. — ARTICLE PREMIER. — Les élèves régulièrement inscrits des établissements d'enseignement supérieur, secondaire, primaire, technique publics et privés appartenant à l'une des trois catégories suivantes :

a. Hommes nés entre le 1er janvier et le 31 décembre 1920 ;

b. Hommes nés entre le 1er janvier et 31 décembre 1921 ;

c. Hommes nés entre le 1er janvier et le 31 décembre 1922, et astreints au service obligatoire du travail prévu par la loi du 16 février 1943, seront tenus d'accomplir ce service à partir du 1er septembre 1943.

ART. 2 — Ce service comportera deux périodes :

a Une première année, au cours de laquelle les étudiants visés par l'article premier du présent décret seront placés à la disposition du commissaire général au service obligatoire du travail pour être mis au service de la nation ;

b Une deuxième année, où les étudiants susvisés pourront, tout en reprenant leurs études, être employés selon certaines modalités.

Les conditions d'application du présent décret seront fixées par arrêtés ministériels

L'exercice de la profession de masseur — Une loi du 15 janvier 1943 (*J. O.*, 11 février 1943) est relative à la profession de masseur. Nul ne pourra porter en France le titre de masseur médical ou de masseur diplômé s'il n'est de nationalité française et muni d'un des brevets de capacité professionnelle institués par le décret du 22 juin 1922.

La loi prévoit l'enregistrement du diplôme et réprime l'exercice illégal.

Approvisionnement en farine de moutarde. — Le Comité d'organisation des produits pharmaceutiques n'ignore pas que l'extrême pénurie actuelle de farine de moutarde préoccupe vivement et à juste titre le corps médical. Cette pénurie tient à ce que les graines de moutarde noire contenant les principes rubéfiants sont presque exclusivement de provenance étrangère : la culture en a été presque totalement abandonnée en France. Pour la reprendre sur une échelle suffisante, il a fallu tout d'abord rassembler des semences susceptibles d'être acclimatées. Ceci est maintenant chose faite, grâce à l'impulsion du C. O. P. P., qui entreprend, pour le printemps de 1943 une campagne d'ensemencement sur l'ensemble du territoire.

Il importe donc que le corps médical use de son autorité morale auprès des cultivateurs, auxquels des avantages matériels seront réservés, afin que chaque commune de France apporte sa contribution à cette culture indispensable à la santé publique.

Les cultivateurs trouveront auprès de leur pharmacien la documentation concernant cette question en vue des semailles de printemps, qui ont lieu au mois d'avril.

Le C. O. P. P. a tenu à faire connaître au corps médical les dispositions prises pour remédier dans la mesure du possible à une pénurie dont la gravité ne lui avait pas échappé.

REVUE DES LIVRES

HARVIER et PERRAULT. — ***Sulfamidothérapie.*** (*Doin, édit.*)

Le Pr Harvier et le Dr Perrault, médecin des hôpitaux, viennent de publier, dans la *Pratique médicale illustrée de Sergent, Mignot et Turpin*, une monographie, très importante et très utile, sur la sulfamidothérapie, en complément des articles, si remarqués, qu'ils ont donnés au *Paris médical*, et dont nos lecteurs ont eu la primeur.

La sulfamidothérapie est une grande conquête de la médecine contemporaine. Elle a modifié complètement le pronostic et l'évolution de trois grandes infections : la blennorragie, l'érysipèle et la méningite cérébro-spinale. Elle a été, quoique avec moins d'évidence, utile dans un très grand nombre d'infections diverses. Elle a été, par là même, utilisée, à tort et à travers et avec des abus certains, dans un trop grand nombre de cas où, malgré son peu de toxicité, elle a pu cependant causer des désordres et aboutir à des échecs par erreurs de technique.

Il est donc nécessaire de bien indiquer, de façon nette et précise, dans quels cas l'utiliser, à quelles doses, et combien de temps. Car cette médication, depuis la découverte primordiale de Domagk, s'est développée avec une grande rigueur scientifique : et elle a la bonne fortune d'avoir été, expérimentalement et chimiquement, méthodiquement réglée et d'avoir donné lieu à la constitution de dérivés synthétiques de mieux en mieux adaptés à leur but thérapeutique.

C'est ce que montrent Harvier et Perrault, avec la clarté, la précision et la netteté qui les caractérisent et qui sont si appréciées.

Le médecin praticien trouvera, en 146 pages, résumée l'évolution des très multiples sulfamides : la sulfamido-chrysoïdine (le colorant azoïque de Mietzsche et Klearer [1932], étudié bactériologiquement par Domagk en 1935) ; la simplification, si importante, de Fourneau, Tréfouël, Nitti et Bovet, établissant l'action similaire d'un simple groupement aminé et d'un autre sulfaminé en position para sur le noyau benzénique ; à nouveau, les complications ultérieures résultat de l'adjonction de nouvelles chaînes, pyridinées, thiazolées, etc., sur le groupement sulfamidé, ce qui donne des produits encore plus actifs sur tel ou tel germe infectieux.

Les auteurs insistent sur le mode d'action : soit par bactériostase (Tréfouël) ; soit par transformations oxydantes actives (Girard, Mayer, Schaffer), etc.

Il insistent, surtout, sur la *partie clinique et thérapeutique* :

Sur les incidents et accidents de la sulfamidothérapie ;

Sur la *posologie et la technique des doses massives, précoces, suffisantes, d'une seule tenue et pas trop prolongées* (*n'excédant pas dix jours*).

Les *résultats* sont passés en revue, d'abord pour les trois indications, « hors pair », de l'érysipèle, des méningites aiguës, de la blennorragie ; puis pour les autres infections.

Pareille monographie précise admirablement ce que tout médecin doit faire actuellement et ce qu'il doit ne pas faire

P. CARNOT.

Le régime des entéropathes, par JEAN RACHET. (*Baillière, éditeur,* 1943.)

Le Dr Jean Rachet publie, dans la collection des *Thérapeutiques nouvelles* (dirigée d'abord par le professeur Ratbery et, actuellement, par le professeur Harvier), une monographie de 64 pages sur le *régime des entéropathes, adapté aux circonstances actuelles.*

Il étudie, successivement, les régimes en période normale et les régimes en période de restriction alimentaire. Par là même, il donne des indications pratiques d'une grande utilité pour la pénible période actuelle.

I. *Les régimes en période normale* varient pour les diverses entéropathies, en fonction de leurs troubles, compte tenu de règles générales communes.

Pratiquement, il est possible d'établir un régime unique très général en groupant les principaux aliments que l'intestin malade tolère habituellement, en éliminant ceux qu'il ne peut pas accepter. Rachet envisage successivement la tolérance des divers aliments par les entéropathes, en établissant une gamme de digestibilité intestinale.

Il arrive, ainsi, à établir un régime de base, qu'il rectifie et complète pour chaque variété clinique (entéropathies aiguës, chroniques avec diarrhée ou avec constipation ; dysenteries et colites dysentériformes, etc).

II. *Les régimes en période de restriction alimentaire* sont caractérisés par l'insuffisance des rations, le déséquilibre diététique qui en résulte et les inconvénients locaux pour l'intestin malade.

Passant en revue les trois régimes autorisés, Rachet montre que, seul, le régime lacto-végétarien no 2 est compatible avec la diététique des intestinaux : il répondrait à la plupart des indications si le médecin pouvait, sur certificat, obtenir un apport supplémentaire de pâtes, de lait écrémé, avec possibilité d'utiliser en beurre et huile les tickets de graisse normale : ce supplément pourrait être, d'ailleurs, compensé par le retrait des tickets de charcuterie et de légumes secs.

En conclusion, Rachet montre qu'en dépit des restrictions et des mesures imposées la plupart des entéropathes n'ont pas encore gravement souffert, ce qu'il attribue à la sobriété imposée par rapport aux aliments les plus indigestes et à la simplification obligatoire de notre cuisine.

P. CARNOT.

LIBRES PROPOS

LE CONCOURS D'ASSISTANT DES HOPITAUX DE PARIS ET LES CERTIFICATS D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES DE LA FACULTÉ

Le règlement du nouveau Concours d'Assistant des Hôpitaux de Paris, qui vient d'être publié, apporte des innovations intéressantes, sur lesquelles il est bon d'insister. Elles auront, peut-être, une influence sur la formation et la sélection de nos élites médicales, trop éloignées parfois de la recherche scientifique, absorbées qu'elles sont par des méthodes surannées de psittacisme verbal incompatibles avec la technicité et l'esprit de curiosité des travaux originaux.

Félicitons nos collègues des Hôpitaux et de la Faculté d'avoir étudié la question dans un esprit de large compréhension. Félicitons aussi le Directeur général de l'Assistance publique, M. Serge Gas, qui, en grand administrateur, a su donner son avis et le faire prévaloir.

Il appartient, maintenant, à chacun de veiller à une réalisation conforme au but : car tout l'avenir d'une réforme dépend de son mode d'application. Nous avons été, trop souvent, déçus par de mirifiques réformes de concours, viciées dès le début et systématiquement en faveur d'anciens abus, pour nous réjouir prématurément.

La création des Assistants des Hôpitaux (proposés au début par les Chefs de service parmi leurs anciens Internes, et, maintenant, nommés au concours) répondait à une nécessité, dans l'intérêt même des malades, pour soulager ces Chefs de service, en raison de la multiplicité et de la minutie des soins exigés par les techniques actuelles de diagnostic et de traitement. Ces assistants rendent les mêmes services que les Chefs de Clinique, dans les Cliniques de la Faculté.

Cette création a l'avantage d'utiliser au mieux, pour le bien commun, la compétence et le zèle d'anciens Internes qui, ne se jugeant jamais trop instruits, prolongent leur séjour dans les hôpitaux après leurs quatre années réglementaires, mais qui n'avaient plus, alors, dans les services, de place officielle, d'autorité ni de traitement. Maintenant, leur rôle y est, au contraire, bien défini, et ils peuvent, quelques années encore, parfaire leur instruction avant d'en faire profiter leur clientèle ou avant de devenir eux-mêmes Chefs de service.

Ainsi est complétée la hiérarchie médicale hospitalière, qui, sans interruption, débute avec l'Externat, se continue par l'Internat, jusqu'aux nouvelles fonctions d'Assistant, et enfin à celles de Médecin chef de service.

Chaque étape est ouverte par un nouveau concours, mais de plus en plus restrictif et de plus en plus personnel, ce qui est, *a priori*, une bonne forme de sélection.

Le recrutement au concours, dont on a tant médit, a l'avantage de laisser chacun courir sa chance, mais *à condition qu'il ne soit pas frelaté* et qu'il ne devienne ni un concours d'influence entre juges, ni une rémunération des services rendus. Aux échelons supérieurs, et de plus en plus, il doit devenir, avant tout, un concours sur titres, en tenant compte, à la fois, des services hospitaliers rendus, des diplômes divers obtenus, enfin et surtout des travaux personnels effectués. C'est ce but que tend à réaliser l'étape nouvelle dont nous parlons ici :

a. Le nouveau Concours d'Assistant tient compte des services hospitaliers en exigeant des candidats qu'ils aient été *quatre ans internes des hôpitaux de Paris*. C'est là la garantie d'une forte éducation clinique préalable. L'internat est, en effet, une merveilleuse école clinique où les matinées d'hôpital sous la direction paternelle ou fraternelle du Chef de service, les contre-visites de l'après-midi si riches en initiatives personnelles, les gardes de jour et de nuit qui familiarisent avec les urgences, confèrent, en quatre ans, une étonnante maturité clinique à ceux qui ont eu le bonheur d'en bénéficier. Aussi, de même qu'il faut avoir été externe pour être interne, faut-il avoir été interne pour être assistant. Il est logique qu'il faille, demain, avoir été assistant pour devenir médecin des hôpitaux.

Cette hiérarchie continue est, tout naturellement, réservée à ceux qui, nuit et jour, ont consacré leurs soins aux malades des hôpitaux de Paris.

b. Le Concours d'Assistant exige, d'autre part, des candidats qu'ils aient préalablement acquis *deux diplômes, à leur choix, parmi quatre enseignements scientifiques de la Faculté de médecine ou de la Sorbonne.*

Ces certificats sont destinés à faire la preuve d'une éducation technique, devenue indispensable à tout médecin instruit. Elle est bien plus indispensable encore à nos élites des hôpitaux, constamment appelées à servir d'arbitres dans les cas cliniques difficiles, et devant, par là même, être rompues aux explorations de laboratoire modernes.

Les quatre enseignements de perfectionnement, parmi lesquels les candidats doivent en choisir au moins deux (et, pour notre part, nous aurions aimé que des points supplémentaires soient accordés pour un troisième ou un quatrième certificat), sont institués, depuis longtemps, à la Faculté, où ils ont fait leurs preuves et acquis leur réputation, qui est grande. Ce qui est nouveau, c'est la nécessité d'un examen probatoire, théorique et expérimental, qui les sanctionne.

Rappelons, en quelques lignes, ce que sont ces enseignements, relatifs 1° à la bactériologie ; 2° à l'anatomie pathologique ; 3° à la physiologie et à la médecine expérimentale ; 4° à la bio-chimie et à la bio-physique :

1° L'ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE PERFECTIONNEMENT DE LA BACTÉRIOLOGIE a été inauguré, avec un magnifique succès, par Émile Roux à l'Institut Pasteur dès les premiers temps des découvertes pastoriennes. Les internes d'alors s'y précipitaient et étaient dans l'enthousiasme des faits révélés et de la véritable foi que Roux leur communiquait ; il était, d'ailleurs, très sévère aux manipulations et exigeait une technique irréprochable : aussi pouvait-il ne pas avoir recours à un examen probatoire final.

Depuis, à la Faculté, des enseignements de même type ont été réalisés par Cornil et Babès, par Chantemesse et Widal, par F. Bezançon et Griffon, par Macaigne, par Philibert, par Lemierre, par Debré : ils sont, actuellement, dirigés par Gastinel et Bonnet, et se poursuivent régulièrement chaque année.

Ils comportent une cinquantaine de leçons, suivies de travaux pratiques, faites par le professeur, l'agrégé et une série de personnalités de l'Institut Pasteur et des Hôpitaux. Le nombre des auditeurs est limité à 68 élèves.

C'est donc dans un cadre tout formé que s'intègre le certificat demandé par les hôpitaux pour l'assistanat.

Le cours comprend, de plus, une série de leçons sur des sujets d'actualité : celles de l'an dernier concernaient l'infection tuberculeuse et le bacille de Kock : celles de cette année concernent les ultra-virus (avec Levaditi, Boivin, Mollaret, Lépine, etc.).

Les examens seront passés devant le professeur et des personnalités prises au dehors, assurant ainsi la meilleure collaboration entre la Faculté, les Médecins des Hôpitaux et l'Institut Pasteur.

2° L'ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE PERFECTIONNEMENT DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE est, lui aussi, depuis bien longtemps, institué, avec un succès constant. Le premier modèle a été le célèbre cours de la rue Christine par Cornil et Ranvier. A l'École pratique, l'enseignement de Gombault, dans les combles de la Faculté, était suivi par de nombreux internes de ma génération, qui admiraient l'érudition et l'extrême modestie du père Gombault, avec sa barbe et sa pipe, et qui lui gardent une affectueuse reconnaissance. Ils se constituaient aussi des collections de coupes qu'ils consultent encore...

Les cours de perfectionnement de Brault et Letulle, de Pierre Marie, de Roussy et de leurs collaborateurs, de Macaigne, de Faroy, de Nicaud à Clamart, sont aussi dans toutes les mémoires. Actuellement, Leroux en est chargé, à la satisfaction de tous, avec l'aide d'une pléiade d'anatomo-pathologistes de la Faculté, des Hôpitaux, de l'Institut du Cancer...

3° L'ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE PERFECTIONNEMENT DE LA PHYSIOLOGIE ET DE LA MÉDECINE EXPÉRIMENTALES, d'une extrême utilité pour notre élite médicale, a aussi ses lettres de noblesse : ce furent les séances de démonstration de Charles Richet, de Laborde, de Gley, de Langlois, des deux Camus, de Gautrelet, de Roger, de Rathery. Actuellement Léon Binet, d'une part, Henri Bénard, de l'autre, les assurent de façon particulièrement brillante et enthousiaste.

Le cours expérimental est, d'ailleurs, plus difficile à organiser que les cours de technique microscopique précédents. Mais les progrès récents, ceux notamment de

l'endocrinologie et de la vitaminologie, leur donnent un prodigieux intérêt d'actualité.

4° L'ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE PERFECTIONNEMENT DE LA BIO-CHIMIE est, lui aussi, d'une extrême importance pour notre élite médicale qui doit, chaque jour, à l'hôpital ou en ville, multiplier les explorations physico-chimiques et en comprendre toute la signification. Cet enseignement comporte, naturellement, aussi des démonstrations de Bio-physique.

Ce cours, assuré par Polonowski, avec l'aide des Biochimistes des Facultés de province et de l'Institut Pasteur (Boivin, Macheboeuf, Boulanger, Santenoise, etc.), représente un magnifique enseignement.

Ici encore, cet enseignement est difficile à organiser, du fait surtout que les auditeurs (les internes notamment) n'ont pas eu l'initiation chimique, longue et difficile, qui en simplifierait la compréhension. Il leur faudra donc un particulier effort de travail : mais le but à atteindre le mérite.

Ces quatre enseignements, parmi lesquels les candidats assistants doivent en choisir deux, peuvent être remplacés, par assimilation, par les enseignements correspondants de la Sorbonne, attestés par les certificats de licence de la Faculté des sciences. La valeur de ces titres, le sérieux de leurs examens probatoires terminaux obligera nos enseignements de la Faculté à se sanctionner, de même, par des examens de haute valeur, dignes du renom de la Faculté originelle.

Déjà, à la Faculté, se donne un enseignement, très bien conçu, d'*Électro-Radiologie*, dirigé par Strohl, avec le concours des Radiologistes des Hôpitaux et des Compétences scientifiques de l'Institut Curie, terminé par des examens très sérieux. Son diplôme est exigé pour les Concours d'Électro-Radiologistes. La clause, nouvellement exigée pour les Assistants, donc pour les Médecins des Hôpitaux, d'un diplôme de la Faculté a donc déjà fait ses preuves, à la satisfaction générale, pour certains des concours de l'Assistance Publique.

L'écueil à prévoir (et à éviter) serait que les futurs candidats ne considèrent l'obtention de pareils diplômes que comme une corvée qu'on leur impose et à laquelle ils chercheraient à se soustraire. J'ai eu, déjà, l'écho de bruits de cet ordre ; malgré l'extrême intérêt des démonstrations, certains auditeurs ont jugé bon de s'y dérober et de disparaître après signature. S'il en était ainsi, si, surtout, les auditeurs obtenaient, par une complaisance coupable, une trop facile validation de ces travaux pratiques (comme il arrive aux examens de la Faculté où l'on a, parfois, une indulgence excessive pour nos jeunes collègues de l'internat, et qui leur rend d'ailleurs le plus mauvais service), tout ce que l'on est en droit d'espérer de cette innovation tomberait aussitôt à zéro : ce serait une faillite de plus...

Espérons que nos jeunes collègues seront, eux-mêmes, les plus soucieux d'une réforme faite en leur faveur, qui leur permettra d'acquérir, *et de faire la preuve*, de connaissances scientifiques indispensables.

Ils seront, eux aussi, d'avis que la meilleure manière de parer aux inconvénients actuels des concours consisterait, précisément, dans l'accumulation de titres obtenus par de simples *examens* probatoires, permettant peut-être, un jour, d'éviter les absurdes luttes actuelles de concours (l'anonymat des malades et l'éjaculation rapide de questions apprises par cœur notamment), devant des juges qui n'arrivent pas à se dégager de leurs amitiés patronales...

Dans l'avenir, on peut espérer qu'après une série de sélections préalables le choix des médecins des hôpitaux n'aura plus besoin que d'une épreuve sur titres, où compteront, surtout, les travaux personnels réalisés.

***

L'organisation, de plus en plus solide, d'*Enseignements de perfectionnement, dans les Facultés de médecine*, tend à y constituer, après la scolarité du doctorat, des *Études post-scolaires*, destinées aux docteurs et aux internes qui veulent pousser leurs études plus loin ou se spécialiser.

(Suite page III.)

Avec Pierre Teissier, nous avions tenté jadis, tant à l'Assemblée de la Faculté de médecine de Paris qu'au Comité consultatif de l'Enseignement Supérieur, d'organiser très systématiquement, en leur fixant des cadres réguliers, ces études de perfectionnement post-scolaires, leurs examens et leurs certificats probatoires.

Parmi ces enseignements, nous comprenions, d'ailleurs, non seulement les Enseignements scientifiques et techniques dont nous venons de parler, mais aussi les Enseignements de Spécialités, que l'on n'arrive pas, même aujourd'hui, à mettre sur pied, et qui, pourtant, sont d'autant plus indispensables (avec leurs diplômes probatoires qu'il est du rôle et du devoir des Facultés de délivrer) que les cadres de Spécialistes se sont officiellement constitués.

Notre projet n'avait pu, alors, triompher. Peut-être avait-il réveillé la résonance du fameux diplôme d'enseignement supérieur de Bouchard, qui avait, en son temps, provoqué de véritables émeutes à la Faculté...

Que les temps ont changé ! Peu à peu, ces idées, alors nouvelles se sont réalisées. L'enseignement supérieur, dans les Facultés, s'est organisé pierre à pierre. Une forte éducation, scientifique ou technique, apparaît, chaque jour, plus nécessaire, chacun complétant, suivant ses goûts et ses projets d'avenir, l'enseignement, commun à tous, du doctorat et accumulant les titres qui en justifient vis-à-vis du pouvoir public et de la clientèle.

Aussi marquons-nous d'une croix blanche la récente nécessité, pour nos Élites des Hôpitaux, des certificats, scientifiques ou techniques, de la Faculté.

Espérons qu'ils réapprendront à nos Internes les chemins des laboratoires et qu'ils y découvriront, pour leur avenir, la joie sans pareille des recherches personnelles, si nécessaires au renom scientifique de notre pays...

PAUL CARNOT.

NÉCROLOGIE

A.-E.-J. YERSIN

Le docteur Yersin (A.-E.-J.), né à Morges (Suisse), le 23 septembre 1863, est mort à Nhatrang (Annam), le 1er mars 1943. Il était le dernier représentant de la remarquable équipe de travailleurs que Pasteur avait réunie au laboratoire de l'École normale, rue d'Ulm. Yersin y était entré en 1886, au moment où il terminait ses études de médecine. Admirateur enthousiaste des découvertes de Pasteur, il était attiré irrésistiblement par la science nouvelle et accepta d'emblée le poste de préparateur que lui proposa E. Roux. Pendant quatre ans il travailla avec acharnement, collaborant aux recherches sur la rage, étudiant le développement du tubercule expérimental (dont il fit le sujet de sa thèse de doctorat en 1888), signant enfin avec E. Roux les célèbres mémoires sur la diphtérie où, pour la première fois, étaient étudiés à fond la production, l'isolement et le rôle primordial d'une toxine microbienne (1888-89-90).

Ces brillants débuts n'étaient qu'un prélude pour Yersin qui rêvait d'élargir le champ des découvertes pasteuriennes en s'attaquant à la pathologie tropicale. A. Calmette venait de partir pour Saïgon. Yersin s'embarque aussi pour l'Indochine, sans but défini, subissant l'attrait de l'inconnu et attendant une occasion propice pour mettre à l'épreuve les techniques pasteuriennes. Cette occasion ne se présente pas de suite, et Yersin qui ne saurait demeurer inactif entreprend l'exploration de la partie sud de la chaîne annamitique, où l'hostilité des tribus Moïs avait jusqu'alors interdit toute pénétration. De 1891 à 1893 il réussit plusieurs randonnées pénibles et périlleuses, rapportant des cartes, des itinéraires, de précieux renseignements. Il signale entre autres la situation privilégiée du plateau du Lang-Bian, qui lui paraît

réaliser les conditions idéales pour l'établissement d'une station d'altitude à l'usage des Européens déprimés par de longs séjours dans le delta cochichinois. C'est là que s'élève aujourd'hui la ville de Dalat.

En 1894, une épidémie meurtrière de peste éclate à Hong-Kong. On ne sait pas encore si la peste est une maladie microbienne. Yersin demande à l'Institut Pasteur de Paris l'autorisation d'aller étudier la question sur place. Il l'obtient aussitôt et court à Hong-Kong. Le problème est bientôt résolu en dépit des règlements administratifs qui interdisent de toucher aux cadavres. La complicité de quelques fossoyeurs chinois a permis à Yersin d'isoler des bubons le bacille qui portera désormais son nom. La culture du microbe et son inoculation au rat apportent la preuve expérimentale de son rôle pathogène.

Yersin rentre à Paris où, avec Calmette et Borrel, il met au point la préparation du vaccin et du sérum antipesteux. Il a hâte d'expérimenter la valeur curative de ce dernier, qui lui donne aux Indes et en Chine d'excellents résultats. Il décide alors de créer sur la côte d'Annam, à Nhatrang, un Institut Pasteur qui préparera le sérum sur place (1895). Là seront aussi étudiées et mises au point toutes les questions importantes concernant la pathologie animale du pays, entre autres la peste bovine, maladie redoutable pour le cheptel indochinois, le surra, le barbone...

De 1902 à 1904, Yersin ira créer à Hanoï l'École de médecine, mais reviendra bientôt à Nhatrang, où il signalera en 1908, avec Vassal, le premier cas de typhus exanthématique observé en Indochine. Avec le même collaborateur, il identifiera également la fièvre récurrente.

Mais déjà son activité et sa curiosité inlassables sont dirigées vers la biologie végétale. Dans la vaste concession de Suoi-Giao qu'il a obtenue au voisinage de Nhatrang, il entreprend l'acclimatement de l'*Hevea brasiliensis*, de l'arbre à caoutchouc, ouvrant la voie aux vastes exploitations qui constituent aujourd'hui l'une des grandes richesses de l'Indochine, puis, à partir de 1917, celle des *Cinchonas*, producteurs de quinine. Mais là il se heurte à des difficultés sans cesse renaissantes, et il n'obtiendra le résultat escompté qu'après vingt ans de recherches méthodiques sur la composition chimique des sols, sur les influences météorologiques et le rôle de l'électricité atmosphérique, sur les maladies parasitaires des jeunes plantes. Quelques années avant sa mort, il aura la satisfaction de constater que la culture en grand des *Cinchonas* est possible dans certaines régions d'Indochine et, sous certaines conditions, donne un rendement en quinine suffisant pour justifier de telles exploitations.

Si l'humanité doit à Yersin la découverte du bacille de la peste, l'Indochine lui est redevable d'avoir mis au point, dans le domaine de l'agriculture et dans celui de l'élevage, des questions d'une importance économique considérable. J. BABLET.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr J. Sizaret (de Sainte-Gemmes-sur-Loire). — Le professeur M. Danis (de Bruxelles). — Le Dr Paul Genay.

On annonce la mort de Mme A. Florand, veuve du Dr Antoine Florand, médecin des hôpitaux. Elle était la mère du Dr Jacques Florand, ancien chef de clinique à la Faculté, et la belle-mère du Dr Henri Flurin, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Nous leur adressons l'expression de notre sympathie.

Le Dr Etienne Piot, médecin électro-radiologiste de l'hôpital Bretonneau. — Le Dr Charles Borde (de Bordeaux). — Le Dr Vast (de Vitry-le-François). — Le Dr Henri Bouquet.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Vesval font part de la naissance de leur fils Yann. — Le Dr et Mme H. Mutricy font part de la naissance de leur fils André. — Le Dr et Mme de Sèze font part de la naissance de leur fille Charlotte. — Le Dr et Mme J. Caderas de Kerleau font part de la naissance de leur fils Michel. — Le Dr et Mme Jacques Duhamel font part de la naissance de leur fils Jean-Louis. Nos sincères félicitations.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Frealle, médecin inspecteur de la Santé du Nord, a été mis en disponibilité, sur sa demande, à compter du 1er avril 1943.

Mme le Dr Marinetti a été nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du Vaucluse, au maximum pour la durée des hostilités.

L'arrêté du 1er décembre 1942, chargeant Mme le Dr Clodot-Bayer, à titre temporaire, au maximum pour la durée des hostilités, des fonctions de médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé, a été rapporté.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Basset, agrégé, est nommé professeur honoraire.

Avis très important. — MM. les Étudiants de 4e année, bénéficiaires du décret du 28 août 1942, appartenant à l'ancien régime d'études à cinq ans ou dispensés de la 6e année, en application de l'arrêté ministériel du 4 octobre 1941, qui ont été retardés par l'accomplissement de leurs obligations militaires d'au moins trois ans dans le cours de leurs études médicales, sont informés que M. le Recteur, sur la proposition du Conseil de la Faculté, vient de décider de les autoriser à accomplir leur cinquième année dans les conditions de scolarité réduite ci-après, à compter du 1er octobre 1943 :

1° Les travaux pratiques d'hygiène et de médecine légale seront effectués durant le mois d'octobre ;

2° Les stages hospitaliers, réduits à quatre mois, commenceront exceptionnellement le 1er octobre 1943, pour se terminer le 31 janvier 1944 ;

3° Les examens de fin de 5e année seront subis dans une session spéciale en janvier 1944.

Les étudiants ayant accompli la scolarité écourtée ci-dessus seront admis à passer leur clinique et leur thèse à partir du 1er février 1944.

Les intéressés remplissant les conditions pour pouvoir être admis au bénéfice de ces dispositions sont invités à formuler une demande à M. le Doyen, en joignant, si ce n'est déjà fait, l'original ou la copie certifiée conforme des pièces établissant leur situation militaire et faisant connaître notamment leur date de mobilisation, leur temps de captivité ou d'hospitalisation pour blessures, la date de leur libération ou de leur démobilisation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Dehay, agrégé, est nommé, à titre provisoire, à dater du 15 mars 1943, professeur de botanique à cette même faculté, en remplacement de M. Morvillez, décédé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — La chaire de pathologie chirurgicale (dernier titulaire : M. Barthélemy) est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Vincent, agrégé, est nommé, à titre provisoire, à dater du 15 mars 1943, professeur titulaire de la chaire de matière médicale, en remplacement de M. Maurin, retraité.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR. — *Officier :* M. le Dr Émile Thibaudet, spécialiste ophtalmologiste et d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital de Lorient.

Chevalier : M. le Dr Gérard, chef de service d'électro-radiologie à l'hôpital Bichat, de Paris.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Tarif des soins aux accidentés du travail. — A la suite des conversations intervenues entre les divers ministères et organismes intéressés, un arrêté interministériel vient de relever le tarif des soins aux accidentés du travail.

Le nouveau tarif sera obtenu par application du barème précédemment en vigueur (arrêté du 5 mai 1939) augmenté uniformément de 50 p. 100.

Le nouveau tarif prendra effet rétroactivement à partir du 1er janvier 1943. (*Communiqué.*)

Caisse d'allocations familiales des professions médicales. — Les membres des professions médicales, travailleurs indépendants (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, etc...) âgés de plus de soixante-dix ans seront dorénavant exonérés, sur leur demande, des cotisations de compensation au titre des allocations familiales, à la condition qu'ils justifient que leur revenu professionnel a été inférieur à 50 000 francs au cours de l'année précédente.

Cette mesure prendra effet rétroactivement à dater du 1er janvier 1943.

Pour les adhérents atteignant en cours de semestre l'âge de soixante-dix ans, elle s'appliquera à partir du semestre suivant celui au cours duquel cet âge aura été atteint. (*Communiqué.*)

Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques. — M. le Dr P.-N. Deschamps, médecin à Royat, est nommé membre de la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques, en remplacement de M. le Dr Richard, démissionnaire.

LES NOUVEAUX PROFESSEURS

LE PROFESSEUR DANIEL PETIT-DUTAILLIS

La récente nomination de notre maître Daniel Petit-Dutaillis à la chaire de Pathologie chirurgicale a été, pour tous ses élèves et amis, une grande joie. C'est la consécration attendue d'une brillante et laborieuse carrière.

Après avoir rapidement franchi les étapes de l'externat et de l'internat, il fait toute la guerre de 1914-1918, d'abord comme médecin auxiliaire, puis comme chef d'équipe chirurgicale dans l'autochir de Ch. Lenormant. Sitôt la guerre terminée, il est nommé aide d'anatomie en 1919, prosecteur en 1921, devient chirurgien des hôpitaux en 1927, professeur agrégé en 1934.

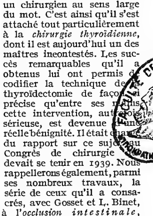
Élève de maîtres tels que Hartmann, Legueu, Gosset, Ch. Lenormant, il ne pouvait manquer d'acquérir auprès d'eux une grande sagacité clinique et une parfaite technique chirurgicale. C'est à la Salpêtrière, daus le service du professeur Gosset, que s'est déroulée la majeure partie de sa carrière chirurgicale. C'est là que, sous l'impulsion de ce maître et celle du professeur G. Guillain, il s'est, depuis 1923, l'un des premiers en France, attaché à l'étude de la neurochirurgie. J'ai eu à cette époque le plaisir de l'avoir pour maître, inaugurant ainsi une collaboration qui, depuis, ne s'est guère interrompue. C'étaient les temps héroïques de la neurochirurgie, et elle n'était pas alors réglée comme elle l'est aujourd'hui. Il fallait un réel courage pour effectuer ces opérations longues et fatigantes, pour ne pas se laisser impressionner par la grosse mortalité que comportait nécessairement une telle chirurgie, et pour ne pas se dérober à une tâche ingrate et difficile. Et cependant, en dépit des difficultés, encouragé par de très beaux succès qui firent alors époque, Petit-Dutaillis persévéra dans cette tâche si utile, et, pendant dix-huit ans, il put poursuivre, avec notre maître, le professeur Guillain, et ses assistants de la clinique neurologique, une féconde collaboration qui fit de la Salpêtrière un des premiers centres neurochirurgicaux français.


Le professeur Daniel Petit-Dutaillis.

Il est peu de domaines de la *chirurgie nerveuse* où Petit-Dutaillis n'ait apporté une importante contribution. Ses travaux sur la *chirurgie des traumatismes cranio-cérébraux* sont fort importants, et il a été le premier à souligner la nécessité d'une technique neurochirurgicale et à préconiser dans certains cas la ponction ventriculaire et les trous de trépan explorateurs, aujourd'hui couramment utilisés par les neurochirurgiens. Comme chef d'un centre neurochirurgical d'armée, il a également, pendant la dernière guerre, apporté à la chirurgie cranienne une fort utile contribution.

La question si nouvelle des *méningites séreuses* a fait l'objet de sa part d'une importante mise au point à la réunion neurologique internationale de 1933. Il a consacré de nombreuses études aux *tumeurs cérébrales*, en particulier aux méningiomes et aux tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. Dans le traitement chirurgical de la *névralgie faciale*, il a montré l'intérêt, dans un grand nombre de cas, de la section juxtaprotubérantielle du trijumeau. Mais c'est surtout la chirurgie des *compressions médullaires* qui a retenu son attention. Nous ne pouvons ici mentionner les nombreux travaux qu'il a publiés dans ce domaine, où nous lui devons surtout une acquisition du plus haut intérêt : celle de la *pathologie du disque intervertébral*. C'est lui qui, avec Alajouanine, a publié la première observation de compression radiculaire par hernie discale. Depuis, il n'a cessé d'étudier cette importante question et apportait, en 1941, une statistique personnelle de 18 cas opérés avec succès. Ses observations ont été le point de départ d'une série de travaux qui devaient modifier profondément nos conceptions sur la pathologie des sciatiques et permettre de guérir chirurgicalement un certain nombre de sciatiques rebelles.

Mais là ne s'est pas bornée l'activité de Petit-Dutaillis, qui a toujours tenu à rester un chirurgien au sens large du mot. C'est ainsi qu'il s'est attaché tout particulièrement à la *chirurgie thyroïdienne*, dont il est aujourd'hui un des maîtres incontestés. Les succès remarquables qu'il a obtenus lui ont permis de codifier la technique de thyroïdectomie de façon si précise qu'entre ses mains, cette intervention, autrefois sérieuse, est devenue d'une réelle bénignité. Il était chargé du rapport sur ce sujet au Congrès de chirurgie qui devait se tenir en 1939. Nous rappellerons également, parmi ses nombreux travaux, la série de ceux qu'il a consacrés, avec Gosset et L. Binet, à l'*occlusion intestinale*, montrant l'efficacité de la méthode aujourd'hui classique de la rechloruration, qui a permis d'abaisser de façon considérable la mortalité dans cette affection.



Cet exposé trop succinct de l'œuvre scientifique et chirurgicale de Petit-Dutaillis suffit à montrer quel travailleur infatigable il a toujours été. Un autre trait dominant de son caractère est sa droiture ; d'une franchise parfois un peu brutale, il a toujours su se faire estimer de tous ceux qui l'ont approché. Sans jamais s'abaisser à aucune compromission contraire à ce que lui dictait sa conscience, il est toujours resté un élève fidèle, un maître aimé de ses élèves qui savent pouvoir compter sur lui, un ami très sûr. Tous ceux qui le connaissent bien ont pu également apprécier chez lui une sensibilité extrêmement délicate et de grandes qualités de cœur. Nul doute que, dans le nouveau champ d'action que lui ouvre sa nomination à la chaire de Pathologie chirurgicale, son influence ne soit des plus utile tant aux progrès de la technique chirurgicale qu'au soulagement des malades.

JEAN LEREBOULLET.

NÉCROLOGIE

J. MILHIT (1880-1943)

La Pédiatrie française vient de perdre en Jules Milhit l'un de ses représentants les meilleurs et les plus justement estimés.

Il était né au Puy, le 23 décembre 1880, dans une famille où les vertus domestiques étaient cultivées et honorées. Ses parents furent ses premiers maîtres, d'abord une mère excellente et, plus tard, un père préoccupé des choses de l'esprit, mais fortement attaché aux réalités du devoir quotidien par l'exercice scrupuleux d'une fonction publique.

Bien doué, initié de bonne heure aux belles-lettres, encouragé au travail, J. Milhit devait recueillir des succès scolaires éclatants, dont ses condisciples du lycée du Puy gardent encore le souvenir.

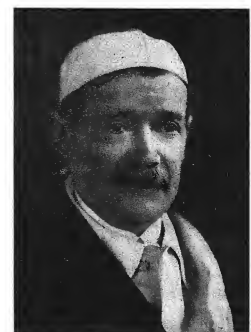
Venu à Paris, il commença ses études de médecine par un stage chez Tillaux à la Charité, puis chez Merklen

à Laennec. Plus tard, il fut l'externe de Lannclongue et de Villemin aux Enfants-Malades, et celui de Chantemesse au Bastion 29. Interne provisoire pendant un an dans le service d'Apert, à l'hôpital Tenon, il fut titularisé l'année suivante, en 1904, le quatrième d'une promotion brillante dans laquelle nous retrouvons les noms de MM. Monier-Vinard, Sézary, Lian, Clovis Vincent, Harvier, Abrami, Faroy et Brulé. Ses maîtres furent Caussade, André Petit, Chantemesse, Milian, Balzer, Hutinel enfin, qui devait l'orienter définitivement vers la pédiatrie.

Docteur en médecine en 1909, J. Milhit fut le préparateur de Chantemesse au Laboratoire d'hygiène de la Faculté, et plus tard le chef de clinique d'Hutinel, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Médecin des hôpitaux en 1920, il devenait, en 1925, chef de service à l'hospice d'Ivry, puis à la Maison municipale de santé, à Tenon, à Hèrold, et enfin, en 1936, à l'hôpital Bretonneau.

Les travaux de Milhit touchent un grand nombre de sujets. Sa thèse, inspirée par Chantemesse, avait été consacrée à l'étude physico-chimique et biologique des opsonines, plus particulièrement au cours de la fièvre typhoïde. La syphilis hépatique, les abcès et les tumeurs du cerveau, la thérapeutique des infections typhiques ont été de sa part l'objet d'une série de mémoires fort documentés. Avec Caussade et de Jong il avait étudié les œdèmes du poumon et, avec plusieurs de ses élèves, les suppurations pulmonaires et le pneumothorax spontané du nourrisson. Bien d'autres faits qui ressortissent au domaine de la pathologie infantile ont été le sujet de ses observations et de ses recherches : les gangrènes par artérite, la sporotrichose rénale, les troubles de la glycorégulation, la maturité sexuelle précoce, la maladie de Still. Plus récemment il s'était attaché à l'étude des thromboses spléniques et avait apporté une contribution originale à la description et au classement des anémies et des leucoses de l'enfance.



J. Milhit.

Pour importante qu'elle soit, l'œuvre écrite de J. Milhit n'est pas l'essentiel du message qu'il nous a laissé. Avant tout médecin d'hôpital, c'est à l'hôpital qu'il a donné sa leçon, non seulement par sa parole, mais aussi, et bien plus, par la force convaincante de son exemple. Clinicien méthodique, il a appris à ses élèves la primauté d'une observation impeccable. Esprit précis, ne donnant dans aucune nuée, il leur a enseigné, avec la défiance des formules, la sou-

mission à la dictature des faits. Ce médecin minutieux, cet investigateur sévère, ce clinicien perspicace n'avait pas l'âme desséchée. Dans son service, il montrait un autre aspect de lui-même, celui d'un homme au cœur chaleureux, pitoyable aux misères des tout-petits. Ceux-là peuvent en porter témoignage qui virent parfois leur Patron pleurer sur les souffrances et la mort d'un enfant.

Réservé, volontiers replié sur lui-même, modeste jusqu'à l'effacement, il n'était pas de ces âmes « prostituées à l'ambition » dont parle l'orateur sacré. Insoucieux des titres, des honneurs et des dignités, il était aussi éloigné de la présomption de l'orgueil que méprisant pour les niaiseries de la vanité. Mais il cachait, sous les formes d'une parfaite urbanité, des opinions constantes et fort nettes, un caractère ferme que ne dupait pas la malice des roués, et qui savait résister aux prétentions des importants. Cette fermeté, un bon connaisseur d'hommes, Georges Clemenceau, l'avait récompensée, un jour de 1918, sous les bombes ennemies.

Toute sa vie, J. Milhit avait été tourmenté par la souffrance et, depuis plusieurs années, un mal plus douloureux l'avait peu à peu contraint de réduire son activité. Pas un seul jour, cependant, il n'avait cessé d'assurer son service, avec quelle conscience, nous le savons. Le 6 février, le jour de sa mort, il avait passé, com ᴗe à l'ordinaire, trois heures à l'hôpital, bien que ce matin-là la fatigue se fût faite plus lourde et la douleur plus mordante.

Pour ceux qui l'ont approché, connu et aimé, la vie et la mort de Jules Milhit sont le thème d'une émouvante méditation. Ils nourriront leur esprit et leur cœur des leçons de travail, de bonté, de droiture et de courage qu'a offertes cette généreuse existence.

MAURICE LAMY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mars 1943.

Notice nécrologique. — M. HARTMANN lit une notice consacrée à M. FORGUE (de Montpellier).

Prophylaxie de la carie dentaire chez l'enfant. — MM. DECHAUME et J. CAUHEPE (note présentée par M. LEREBOULLET). Malgré le déficit alimentaire et le défaut de brosses à dents et de dentifrices, le pourcentage des caries dentaires a diminué. Les auteurs attribuent cette amélioration à la disparition des sucreries, et, enfin, au régime actuel qui est nettement alcalin.

Les tumeurs mixtes de la parotide ne sont pas des cancers. — M. CHEVASSU.

Pathogénie de l'hypertrophie de la prostate. — M. GEORGES LUYS estime que l'adénome prostatique est la conséquence constante de l'infection chronique prolongée et atténuée, issue des vésicules séminales.

Élection. — MM. JEANNENEY (de Bordeaux), et SANTY (de Lyon) sont élus correspondants.

Séance du 16 mars 1943.

Notices nécrologiques. — M. ROUSSY lit une notice consacrée à M. SABRAZÈS (de Bordeaux), associé national. M. MATHIEU retrace l'œuvre de M. TEMOIN (de Bourges), associé national.

Le problème des colibacilles « pathogènes ». — MM. A. BOIVIN et L. CORRE. — Un même type colibacillaire peut jouer, selon les circonstances, le rôle d'un saprophyte banal ou celui d'un agent d'infection. A cause de l'extraordinaire multiplicité des types antigéniques de colibacilles, il paraît bien difficile que chaque malade puisse rencontrer, dans le stock-vaccin ou dans le sérum qu'on vient à lui administrer, soit l'antigène, soit l'anticorps répondant au colibacille particulier qui l'infecte, et cela quel que soit le soin mis par les fabricants de sérums et de vaccins à utiliser de nombreuses souches.

La laryngectomie en trois temps, procédé de sécurité, ses résultats. — M. GEORGES PORTMANN, à l'aide d'un film cinématographique en couleur, précise sa technique pour l'ablation du larynx envahi par une tumeur maligne.

Afin d'éviter les complications pulmonaires post-opératoires, M. Portmann fait une trachéotomie préalable très basse, sus-sternale, permettant de laisser un pont de peau saine entre la plaie opératoire de la laryngectomie et l'orifice trachéal, par où respire le malade, et, dans un second temps, pratique cette laryngectomie en laissant ouverte la plaie pharyngée.

Le troisième temps est une opération plastique de fermeture de l'orifice pharyngé. Sur 51 opérés : 10 p. 100 de guérisons opératoires ; 56 p. 100 de guérisons du cancer.

Élection. — MM. CADEAC (de Lyon) et MASSON (de Strasbourg) sont élus associés nationaux.

Séance du 23 mars 1943.

Notice. — M. LEMAITRE lit une notice nécrologique sur M. LANNOIS (de Lyon), correspondant national.

Hygiène des écoles. — M. LESNÉ s'élève avec raison contre l'envahissement des écoles par les services de la carte d'alimentation, qui, pendant dix jours par mois, occupent une partie des locaux.

L'excitabilité neuro-musculaire de la langue. — M. LAPICQUE présente cette note de M. CHAUCHARD.

Le cancer au centre de l'Afrique. — M. DUPONT (note présentée par M. DELBET) a constaté que, dans la région de Fort-Archambault, une nombreuse population noire (les Sarras, qui sont environ 100 000) n'a jamais présenté de cas de cancer. L'auteur fait remarquer que le principal aliment de cette population est le mil, qui contient une forte quantité de magnésium.

Intoxication collective par le nitrite de sodium. — MM. ANDRIEU, BLANC, CAUJOLLE, LOUIS MOREL et TAPIE.

Séance du 30 mars 1943.

Rapports. — M. LESNÉ fait voter un vœu sur la nécessité de supprimer dans les locaux scolaires la distribution des titres d'alimentation.

M. TANON : Sur l'hospitalisation d'office des malades contagieux.

M. FOURNEAU : Sur le projet de loi concernant l'exercice de la pharmacie.

M. FABRE : Sur le métaldéhyde employé pour la destruction des limaces.

Abcès ascaridien du foie. Le fumage des terres par l'engrais humain, principale cause de la recrudescence actuelle de l'ascaridiose. — MM. P. HARVIER et L.-C. BRUMPT.

Tout le danger de l'ascaridiose réside dans ses complications chirurgicales. A propos d'un cas d'abcès ascaridien du foie chez un homme de quarante-trois ans, les auteurs insistent sur la symptomatologie. Le vomissement d'ascaride a une grande valeur séméiologique ; la ponction ramène un pus microbien qui peut contenir des œufs de parasites ; la numération des œufs dans les selles précise le degré d'infestation qui est habituellement massive. L'éosinophilie sanguine est un signe infidèle qui manqua dans ce cas. L'enquête épidémiologique révéla l'utilisation de l'engrais humain pour le fumage du jardin potager.

Conclusions prophylactiques : prévenir le public contre les dangers de l'emploi comme engrais des matières fécales humaines ; préconiser les fosses à fermentation, où les œufs d'ascarides sont tués par la chaleur ; éviter ce mode de fumage pour les fraises, les salades, les radis, les carottes et tous les produits destinés à être consommés crus ; assainir les légumes suspects par l'immersion dans l'eau très chaude (plus de 70°) pendant une seconde.

L'ascaridiose n'est qu'un des aspects du péril fécal. La souillure croissante du sol par les déjections humaines est aussi en partie responsable de la recrudescence actuelle des affections typho-paratyphiques.

La dysphagie du premier temps de la déglutition. — MM. LHERMITTE et NEMOURS (AUGUSTE) ont pu, sous le contrôle de l'écran, étudier un trouble spécial de la déglutition caractérisé par la suspension du premier temps qui est soumis au contrôle de la volonté. Les sujets observés se montrent incapables de faire progresser le bol alimentaire vers l'isthme du gosier. Le malade s'épuise en vains efforts. Différent de la dysphagie des bulbaires et des pseudo-bulbaires, ce trouble peut s'inscrire dans le cadre de l'apraxie, et l'on pourrait lui appliquer le terme d'apractophagie.

Sur l'étude des gaz dissous dans les eaux minérales. — MM. RIMATEI et GRISCELLI.

La ration dans ses rapports avec l'état d'entretien de la

troupe. — MM. DES CILLEULS et R. CROSNIER (note présentée par M. BINET). — Intéressantes constatations ayant porté sur une observation de quatorze mois dans une grande unité militaire. L'état pondéral a été meilleur chez les jeunes soldats que chez les anciens, et, pour les cadres, chez les moins de trente ans que chez les plus de trente ans. Malgré le déséquilibre lipido-glucidique de la ration, aucun trouble carentiel ne fut observé. En conclusion, le chiffre de 2 500 calories représente un minimum qui ne pourrait être abaissé sans inconvénients. Il serait insuffisant avec une augmentation du tableau de travail.

Contribution à l'étude expérimentale de l'adiposité chez les souris castrées. — MM. KLING, LECORDIER, SAMSSONOW et M. SUREAU.

Élection. — MM. FRUHINSHOLZ (de Nancy) et JEANBRAU (de Montpellier) sont élus associés nationaux.

Séance du 6 avril 1943.

Tumeurs du sein. — M. HARTMANN donne lecture d'un important travail à propos de 488 tumeurs ou pseudotumeurs du sein.

Gangrènes cutanées. — M. MILIAN, avec projections à l'appui, fait une communication sur ce sujet.

L'origine non infectieuse de l'hypertrophie prostatique. — M. MAURICE CHEVASSU. — Il n'existe aucune preuve du rôle possible de l'infection des vésicules séminales dans le développement de l'hypertrophie prostatique. Loin d'être un infecté, le prostatique possède normalement un appareil urinaire stérile tant qu'il n'a pas été mis au contact des manipulations urologiques. D'où la nécessité d'éviter les sondages qui ne sont pas indispensables. La recherche du résidu vésical, manœuvre classique, présente beaucoup plus d'inconvénients qued'avantages, les signes cliniques et l'azotémie étant d'habitude suffisants pour poser les indications thérapeutiques.

Quant à l'origine anatomique de l'hypertrophie prostatique, elle reste très discutable. Des adénomes peuvent naître en des points très variés de la glande prostatique. S'ils se développent essentiellement dans sa portion juxta-urétrale, les conditions mécaniques, si spéciales à cette glande enserrée dans les mailles d'un très puissant sphincter, suffisent peut-être à l'expliquer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 mars 1943.

Altérations importantes de l'électro-encéphalogramme pendant l'évolution d'une acrodynie. Leur disparition après guérison. — MM. A. BAUDOUIN, JULIEN MARIE, A. RÉMOND et H. BRICAIRE rapportent l'observation d'un enfant de six ans atteint d'acrodynie typique, et chez qui des troubles importants de l'électro-encéphalogramme furent constatés. Il semble que de semblables altérations n'aient jamais été signalées au cours de l'acrodynie, et qu'aucune étude n'ait paru sur ce sujet. Dans ce cas, l'électro-encéphalogramme traduit, par des signes objectifs, une souffrance du cerveau, avec atteinte diffuse, puisque c'est la totalité du cortex cérébral qui se montra électriquement altéré. Fait notable, la guérison clinique s'accompagna d'un retour à la normale de l'électro-encéphalogramme.

Epithélioma ulcériforme de l'estomac au début. — MM. GUY ALBOT, P.-L. CHIGOT, M. PARTURIER, H. LIBAUDE et R. YERE rapportent un cas de cancer gastrique à l'extrême début, dans lequel l'épreuve du traitement fit rapidement et définitivement disparaître tout trouble fonctionnel. Mais simultanément l'aggravation progressive des modifications radiologiques durant une période d'observation de dix mois a permis d'affirmer le diagnostic de cancer au début. La divergence entre la radiologie et la gastroscopie était particulièrement troublante, puisque à trois endoscopies successives l'impression d'ulcère en voie de cicatrisation semblait se confirmer. Ce fait montre les limites de la gastroscopie dans le diagnostic précoce du cancer gastrique. Il montra en outre que la convergence des plis de l'estomac n'est pas pathognomonique de l'ulcère, mais se voit également dans certaines formes initiales de cancer.

Un cas de péricardite calcifiante traitée par péricardectomie. — MM. LAEDERICH, BERGERET et J.-E. THIÉRY présentent un homme de quarante-six ans atteint de péricardite calcifiante depuis plusieurs années, et dont l'histoire clinique détaillée avait été relatée à la Société médicale des hôpitaux en février 1941. Le malade,

(Suite page V.)

qui à cette époque supportait encore assez bien sa lésion, vit peu à peu ses troubles s'aggraver et tomba dans un état d'asystolie progressive, bientôt irréductible. Une péricardectomie fut pratiquée en mars 1942. On réséqua la portion du péricarde recouvrant la face antérieure des ventricules et d'une partie des oreillettes. Les suites opératoires furent aussi simples et favorables que possible : très rapidement la dyspnée et la cyanose, puis les œdèmes et l'hypertension veineuse disparurent; plus tardivement les signes de cirrhose cardiaque régressèrent. Actuellement, un an après l'opération, le malade a pu reprendre une vie normale, évitant seulement les efforts. Cependant, l'électrocardiogramme montre l'apparition depuis l'opération d'une arythmie complète avec flutter auriculaire et quelques extrasystoles. Le signe de vibrance péricardique a disparu.

Les auteurs insistent sur la nécessité de pratiquer la péricardectomie dès que l'insuffisance cardiaque la justifie, sans attendre qu'elle ait créé des lésions irréparables.

M. LENÈGRE estime que les troubles résiduels sont susceptibles de s'amender. Un de ses malades mit huit mois pour résorber son ascite. Après l'intervention, on peut, dans les cas malheureux, assister à une dissémination tuberculeuse.

M. LIAN a fait opérer un malade à la période d'hyposystolie, avec d'excellents résultats. Il estime que l'intervention doit se borner à la décortication de la paroi cardiaque antérieure, ou même seulement de la paroi ventriculaire.

M. LENÈGRE souligne que l'important est de lever la constriction. La région des veines caves et des oreillettes est une zone éminemment dangereuse.

Un cas de maladie d'Addison traité avec succès par implantation sous-cutanée de désoxycorticostérone. — MM. L. BINET, D. BARGETON et M. COMTE ont traité avec succès une addisonienne par des injections quotidiennes, puis par implantation sous-cutanée de 1 500 milligrammes d'acétate de désoxycorticostérone. Huit mois après l'implantation, la malade a repris son travail régulièrement. Les troubles digestifs, l'asthénie et, dans une moindre mesure, la pigmentation ont disparu. Un syndrome passager d'hypercortinémie a suivi l'implantation, avec œdèmes et hypertension relative. Les signes humoraux se sont inversés, en particulier le glutathion réduit s'est relevé, et le glutathion oxydé a disparu temporairement. Le métabolisme basal abaissé ainsi que le coefficient respiratoire sont revenus à la normale.

M. L. DE GENNES souligne la nouveauté que représente l'exagération de l'action hormonale sur le taux du glutathion. Dans 3 cas d'implantation de désoxycorticostérone, qu'il suit depuis des mois, l'action fut très favorable, mais dans un cas, au bout de dix-huit mois, les troubles commencent à reparaître. L'équilibre des métabolismes de l'eau et du sel demeure très instable.

Syphilis et érythème noueux. — M. MOREAU a observé un érythème noueux typique survenu chez un homme adulte, ne présentant aucun signe de tuberculose. Mais il existait des adénopathies généralisées, et le Bordet-Wassermann était fortement positif. On retrouva un petit chancre érosif du sillon balano-préputial. Le traitement antisyphilitique fit rapidement disparaître les nodosités. Dans ce cas, la syphilis semble bien être seule en cause. L'auteur estime que, si la tuberculose est pratiquement toujours à l'origine de l'érythème noueux chez l'enfant, il est excessif de considérer cette affection comme un signe certain de tuberculose, surtout chez l'adulte.

Un cas d'estomac thoracique. — MM. M. LAMY et M. MIGNON rapportent l'observation d'un jeune homme de dix-sept ans chez lequel un examen radioscopique fortuit fit découvrir l'image d'une énorme bulle gazeuse occupant la moitié inférieure de l'hémithorax droit. La constatation de cette image avait fait porter à tort le diagnostic de kyste aérien du poumon. Il s'agissait en réalité de l'estomac, qui occupait en entier une situation intrathoracique. Des faits de ce genre ne correspondent nullement à une hernie diaphragmatique de l'estomac, mais bien à une ectopie, conséquence d'une anomalie dans les mouvements de descente et de torsion du tube endodermique. Les auteurs, après avoir évoqué quelques-unes des erreurs de diagnostic que la constatation d'une

image radiologique d'ectopie gastrique est capable d'entraîner, insistent sur la remarquable tolérance de cette malformation.

M. Albot rapporte un cas analogue qu'il a eu l'occasion d'observer.

M. Lamy estime qu'il faut distinguer les hernies diaphragmatiques de l'estomac des ectopies. L'estomac, dans ces cas, n'a jamais occupé sa position normale.

Séance du 19 mars 1943.

Pneumothorax spontané au cours de la rougeole non compliquée. — M. Rist présente un travail de M. Véran, dans lequel se trouvent rapportées deux observations de pneumothorax spontané au cours de la rougeole. Dans le premier cas il s'agissait d'une fillette de trois ans, qui, quinze jours après le début d'une rougeole ayant évolué jusque-là sans incident, présenta une dyspnée intense, accompagnée d'une poussée fébrile à 40°. L'examen révéla l'existence d'un pneumothorax généralisé, avec pression pleurale très positive. Malgré la décompression pleurale et l'oxygénothérapie, la mort survint rapidement. Dans le second cas, le pneumothorax apparut vers le quinzième jour d'une rougeole banale, et s'accompagna d'un emphysème sous-cutané très étendu. Après une phase d'amélioration, au cours de laquelle l'emphysème se résorba, survint une rechute du pneumothorax. L'évolution se fit néanmoins vers la guérison. Dans ce cas, il s'agissait d'une fillette de huit ans, souffrant depuis déjà plusieurs années d'une dilatation bronchique, et chez laquelle une poussée d'infection bronchique coïncida avec l'apparition du pneumothorax.

M. Huber a eu l'occasion d'observer un pneumothorax avec emphysème sous-cutané étendu chez un enfant de quatre ans, atteint de broncho-pneumonie. La cuti-réaction était faiblement positive, et la radio montrait une image d'infiltrat discret para-hilaire.

M. Jean Lereboullet estime que l'emphysème sous-cutané est plus fréquent au cours de la rougeole qu'on ne l'admet généralement. Parfois on peut le déceler radiologiquement avant qu'il ne soit reconnu cliniquement.

Un cas d'emphysème obstructif par tumeur bronchique non cancéreuse chez un adulte. — MM. J. Rolland, J. Lecœur et J. Blanchard rapportent l'observation d'un homme de quarante et un ans, présentant depuis deux ans des crises d'asthme typiques, et qui en novembre 1942 fut pris d'une dyspnée intense. L'examen montra une hypersonorité de la base pulmonaire droite, et la radiographie révéla à ce niveau une hyperclarté, avec persistance de la trame pulmonaire estompée. Une ponction exploratrice pratiquée avec le diagnostic de pneumothorax localisé de la base droite fut suivie d'une dyspnée suffocante avec cyanose, de l'apparition d'un pneumothorax généralisé et d'une asystolie aiguë. L'aspiration pleurale continue amena une amélioration considérable de l'état du malade, ainsi que la résorption du pneumothorax généralisé. Pourtant l'image claire de la base droite persista. La bronchoscopie permit alors de découvrir une tumeur de la bronche lobaire inférieure droite, qui par un mécanisme de soupape avait amené la production d'un emphysème obstructif de la base droite. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un chondrome.

Les auteurs insistent sur les rapports existant entre cet emphysème obstructif et les crises d'asthme présentées par le malade, sur les caractères particuliers de ces emphysèmes obstructifs, ainsi que sur la nécessité des examens bronchoscopiques pour dépister et traiter la tumeur causale.

Ils montrent qu'en dehors de la maladie kystique congénitale nombre de kystes pulmonaires sont en réalité des bulles géantes d'emphysème obstructif, ou des dilatations bronchiques volumineuses.

Enfin, la destruction de la tumeur causale semble le traitement le plus rationnel, s'il ne s'agit pas d'un cancer, mais les lésions emphysémateuses anciennes devenues irréversibles peuvent conduire à pratiquer une lobectomie. En cas de tumeur cancéreuse, la pneumectomie totale est, malgré sa gravité, l'intervention la plus rationnelle.

ROGER PLUVINAGE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 3 mars 1943.

Les projectiles intrathoraciques. Leur extraction. (Lecture de M. WILMOTH.) — M. PETIT DE LA VILLÉON. — L'auteur apporte 32 nouveaux cas de projectiles intrathoraciques extraits qui s'ajoutent aux mille publiés antérieurement par lui, et en tire les conclusions suivantes :

Pour les projectiles intrathoraciques, intrapulmonaires en particulier, la méthode radio-opératoire d'extraction à la pince mousse, sous écran, par boutonnière à la peau, a de nouveau fait ses preuves. L'auteur rappelle le principe de la méthode, laquelle s'affirme plus que jamais par sa simplicité, sa sûreté, sa sécurité, l'excellence de ses résultats. On peut dire que son principal caractère est l'absence de suites opératoires.

Les projectiles intrapulmonaires doivent être opérés tous ou presque tous. L'opération sera faite à froid, trois semaines après la blessure. La localisation se fait par scopie, sans compas ni calculs. Les examens radiologiques de contrôle montrent la *restitutio ad integrum* de la transparence pulmonaire.

Pour le hile, l'auteur opère par thoraco-pneumotomie postérieure radio-opératoire.

Note sur le traitement des ovaires scléro-kystiques par les infiltrations anesthésiques des pédicules ovariens associées à l'ignipuncture. Résultats éloignés. — M. DIONIS DU SÉJOUR. —M. WILMOTH lit ce travail.

Volvulus du grêle par amas d'ascaris. — M. LATOUCHE a observé ce cas, où les parasites étaient rassemblés dans l'anse volvulée. Il existait en même temps une perforation intestinale. L'intervention amena la guérison sans incidents. L'auteur insiste sur la rareté du volvulus dans les occlusions par ascaris. Il dénonce d'autre part la fréquence de l'ascaridiose à l'heure actuelle et se demande si l'emploi d'engrais d'origine humaine n'est pas à l'origine de cette recrudescence.

M. DESMAREST rapporte, au nom de M. KUNLIN, une observation d'occlusion spasmodique du grêle par ascaris.

M. MIALARET ne connaît que deux cas de volvulus du grêle par ascaris publiés en France.

M. QUÉNU a opéré un cas d'ascaridiose hépatique ayant provoqué de nombreux abcès miliaires. Il note les mêmes faits que M. LATOUCHE pour la fréquence actuelle des accidents dus aux ascaris.

M. MONDOR attire l'attention sur les signes radiologiques des volvulus du grêle et signale la fréquence de la dilatation gastrique dans ces volvulus.

M. FÈVRE rappelle que le peloton d'ascaris, le volvulus, le spasme, l'invagination sont autant de mécanismes de l'occlusion par ascaris. Il passe en revue les différents accidents hépatiques, pancréatiques, péritonéaux que peuvent provoquer ces parasites.

Traitement de l'incontinence par la suspension aponévrotique du col vésical. — M. LOUIS MICHON a opéré sept femmes par ce nouveau procédé, et toutes avec des résultats excellents.

Cette série de cas a permis à l'auteur de mettre au point la technique de l'intervention qui emprunte à l'opération de GOEBBEL-STOECKEL la voie combinée vaginale et sus-pubienne, mais remplace le lambeau musculaire de cette opération par un simple lambeau aponévrotique prélevé aux dépens de la gaine du grand droit et enroulé en 8 autour du col vésical.

L'auteur a pratiqué, chez ses dernières opérées, des urétrographies mictionnelles qui mettent en évidence la coudure produite sur l'urètre par le lambeau aponévrotique.

M. PASTEAU pense qu'il y a peut-être possibilité pour la malade d'obtenir un relâchement et une tension alternatifs du lambeau, ce qui pourrait expliquer les résultats.

M. LEVEUF fait remarquer qu'une telle intervention ne peut s'appliquer aux incontinences d'origine nerveuse, telles que celles des spina-bifida. Il se demande si l'action principale n'est pas produite pas le seul fait de la dissection du col vésical.

M. FÈVRE a opéré un cas chez une fillette avec un lambeau musculo-aponévrotique et qui fut un échec ; deux cas avec succès partiels par une intervention analogue adaptée aux garçons ; un cas avec bon succès par plicature du col vésical.

M. BROCQ, dans un cas de grande cystocèle avec incontinence, a obtenu un succès d'une greffe libre de fascia-lata.

M. MICHON précise que sa communication n'a trait qu'à l'incontinence d'urine de la femme, à l'exclusion des malformations congénitales telles que spina-bifida, exstrophie vésicale, épispadias.

Présentation de malades. — M. ISELIN présente deux opérés de pneumonectomies totales : l'une pour lymphoblastome du poumon gauche, l'autre pour bacillose des trois lobes du poumon droit, toutes deux avec de très beaux résultats et d'excellentes radiographies post-opératoires.

JACQUES MICHON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 février 1943.

Sur un mécanisme hormonal de régulation de l'affinité de l'hémoglobine du sang pour l'oxygène. — MM. M. POLONOVSKI, D. SANTENOISE et E. STANKOFF ont trouvé, dans les conditions alimentaires actuelles, chez le chien et l'homme, des valeurs très basses de la quantité maxima d'oxygène fixée par le sang à l'air libre, rapportée au gramme de fer hémoglobinique. Ils ont constaté, chez les animaux pancréatectomisés et traités à l'insuline purifiée, un abaissement très important de l'affinité du fer hémoglobinique pour l'oxygène ; au contraire, l'administration de vagotonine en injection ou *per os* entraîne un accroissement souvent considérable de celle-ci, tant chez l'animal dépancréaté que chez le sujet normal. Ils concluent à la participation de cette hormone dans la régulation de l'affinité du sang pour l'oxygène, d'autres mécanismes hormonaux semblant d'ailleurs intervenir dans cette régulation.

Sur l'action vaginale de l'acétate de désoxycorticostérone et de quelques stéroïdes. — M. R. COURRIER n'a pas vu l'acétate de désoxycorticostérone, la progestérone, le propionate de testostérone provoquer la kératinisation vaginale chez le rat castré quand ils sont employés à l'état très pur. Ces trois stéroïdes s'opposent, pour certaines doses, à l'action de l'œstradiol sur le vagin. Cet antagonisme hormonal permet de révéler l'effet persistant du propionate de testostérone et l'action peu soutenue de la progestérone et de l'acétate de désoxycorticostérone.

Le seuil de la douleur dans la contraction utérine. — MM. H. VIGNES et M. BANU signalent que plus la sensibilité tactile d'une femme (mesurée au compas de Weber) est obtuse, plus est bas le seuil de la douleur utérine ressentie lors des contractions de l'accouchement.

Étude sur le système neuro-végétatif au cours de l'hypothermie du lapin. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mme A. HOLTZER, MM. A. DOMART et J. LEMANT ont pensé qu'une modification du système nerveux végétatif pouvait être une des causes empêchantes du choc anaphylactique au cours de l'hypothermie chez les lapins sensibilisés.

Or la réaction du lapin à l'injection intraveineuse de chlorhydrate d'adrénaline n'est en effet pas la même si l'animal est en état d'hypothermie ou a une température normale. Les réactions du système nerveux sympathique sont donc modifiées au cours de l'hypothermie.

Péricaryone et chronaxie neuronique. — Mme B. CHAUCHARD et M. P. CHAUCHARD, par étude du ganglion spinal, apportent la preuve que le corps cellulaire (péricaryone) jouit du pouvoir de faire varier le niveau de la chronaxie dans toute l'étendue du neurone. Un effet s'exerçant à son niveau, au lieu d'y rester localisé, déclenche une métachronose à distance sur les fibres nerveuses. Ce processus, qu'on peut qualifier de somatogène, est d'une grande importance pour le fonctionnement nerveux.

Activité vitaminique B_2 et chronaxie. — Mme B. CHAUCHARD, M. P. CHAUCHARD, M. R.-G. BUSNEL, Mlle A. RAFFY et M. R. LECOQ montrent que la détermination de l'excitabilité nerveuse est un test très sensible pour l'appréciation de l'activité vitaminique B_2 chez des rats recevant un régime de carence additionné des substances à examiner.

L'huile de germe de blé est-elle toxique ? — M. R. Lecoq montre que l'huile de germe de blé ne saurait en réalité être accusée de toxicité, à l'aide de nouvelles expériences poursuivies sur le rat avec des farines de germe de blé entier et déshuilé, pures ou additionnées d'un complément minéral (carbonate de calcium et chlorure de sodium).

F.-P. Merklen.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Guglielminetti (de Genève). — Le Dr Paul Gardette, fils du Dr Victor Gardette. Nous adressons à M. et Mme Dupin de Lacoste et à M. et Mme Robert Gardette l'expression de nos condoléances attristées.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme A. Delauney font part de la naissance de leur fils Jacques-André-Pierre. — Le Dr et Mme A. Picaud font part de la naissance de leur fille Danielle. — Le Dr et Mme Durnerbin sont part de la naissance de leur fille Véronique. — Le Dr et Mme Michel font part de la naissance de leur fils Yves.

SANTÉ PUBLIQUE

Comité permanent d'hygiène sociale. — Le *Journal officiel* du 2 avril 1943 publie la liste des membres nommés au Conseil permanent d'hygiène sociale.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. Guillain et Loeper, professeurs, sont nommés à la classe exceptionnelle à dater du 1er octobre 1943. Le Comité de Paris Médical est heureux de leur adresser ses chaleureuses félicitations.

Vacances de Pâques 1943. — Du dimanche 18 avril au dimanche 2 mai inclus. Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 3 mai au matin.

Secrétariat. — Le Secrétariat sera fermé du samedi 24 avril inclus au lundi 26 avril inclus. En dehors de ces dates, il sera ouvert tous les jours, mais seulement de midi à 15 heures.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera ouverte les lundi 19 avril, mardi 20 avril, mercredi 21 avril 1943, de 14 à 17 heures.

Elle sera fermée du jeudi 22 avril inclus au dimanche 2 mai inclus.

Réouverture le 3 mai, à 13 h. 30.

Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le jeudi 6 mai 1943, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les Aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au Secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au vendredi 23 avril inclusivement.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour sept places d'aide d'anatomie titulaires, dont quatre à titre provisoire, s'ouvrira le mercredi 5 mai 1943, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

Le registre d'inscription est ouvert au Secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au jeudi 22 avril inclusivement.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — **Concours d'attaché d'électro-radiologie.** — Classement des candidats : Mlle Marquis, 103 points ; M. Chambonnet, 100 points ; M. Bondaghian, 98 points ; M. Aubert, 96 points ; M. Kritter, 87 points.

Concours de médecin chef de sanatorium. — Classement général : M. Brandy, 54 points ; M. Braillon, 53 points ; M. Durel, 51 points ; M. Ronce, 45 points ; M. Pellier, 41 points ; M. Baussan, 40 points.

Concours pour l'emploi d'interne en médecine à la Maison de Saint-Lazare. — Liste, par ordre de mérite, des candidats admis :

Internes titulaires : M. Charles Guillemin, Mme Gisèle Leroy, M. Jean Peiffert.

Internes provisoires : M. Roger Leroy, M. Georges Bureau, M. Jacques Guibert.

SANATORIA. — M. le Dr Brenugat, nommé médecin adjoint au sanatorium de La Meynardie (Dordogne) et non installé, a été nommé médecin adjoint au sanatorium de La Grolle-Saint-Bernard (Charente).

Mlle le Dr Nigoul, médecin adjoint au sanatorium national de Vancauwenberghe, a été détachée, en qualité de médecin des dispensaires antituberculeux de Tarn-et-Garonne, pour une durée de cinq ans.

Concours pour le recrutement de médecins adjoints des sanatoriums publics. — Un concours a été ouvert au Secrétariat d'État à la Santé et à la Famille pour le recrutement des médecins adjoints des sanatoriums publics.

Les épreuves commenceront le 7 juin 1943.

Les inscriptions seront closes le 15 mai 1943.

Le nombre des places mises au concours est de huit au minimum.

Les candidats non admis dans le cadre des médecins des sanatoriums publics qui auraient cependant effectué des épreuves jugées satisfaisantes seront inscrits par les soins du jury sur une liste d'aptitude à l'emploi de médecin des dispensaires antituberculeux.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre des médecins. — *Election au Conseil du Collège départemental de la Seine.* — Sont élus :

Première section. — Titulaires : MM. Balthazard, Fiessinger, Harvier, Lafay, Oberlin, Piédelièvre.

Suppléants : MM. Cathala, Dévé, Sorrel.

Deuxième section. — Titulaires : MM. Bonnet-Roy, Coutelas, Lemierre, Milian, Moreau (René), Tissier-Guy.

Suppléants : MM. Degos, Rime, Robert.

Banlieue. — Titulaires : MM. Barthe, Cayla, Duvelleroy, Pinel, Vaslin (Lucien), Yoyotte.

Suppléants : MM. Brégier, Huet, Malègue.

Élection au Collège départemental de Seine-et-Oise. — Membres titulaires : MM. Hollier, Larget, Remiliy, Humbel, Mackiewicz, Ducuing, Breton, Aumont, Bisot, Grenier, Butin, Lebel.

Membres suppléants : MM. Reveroy, Lumière, Théel.

Élection au Collège départemental de Seine-et-Marne. — Membres titulaires : MM. Tixier, Puig, Philardeau, Delavière, Battesti, Simon, Fontaine, Paley, Beau.

Membres suppléants : Dufour, Allpaume, Rasse.

Chirurgiens agréés et sanatoriums publics. — Les chirurgiens agréés pour pratiquer, dans les sanatoriums publics, les opérations de chirurgie pulmonaire ou osseuse et les médecins agréés pour pratiquer les sections de brides sont priés de faire connaître au Secrétariat d'Etat à la Santé (Direction de la Santé, 4e bureau), leur adresse actuelle et, le cas échéant, leur changement d'adresse ultérieur. (*Communiqué.*)

REVUE DES LIVRES

R. Voet (de Courtrai). — ***Étude clinique et radiologique des syndromes pancréatiques chroniques avec prédominance des troubles de la sécrétion externe.*** (*Éditions Vermaut, Courtrai, 1943.*)

Le travail belge de R. Voet (de Courtrai) comprend, d'abord, un rappel physiologique, clinique et radiologique (où sont étudiés surtout les travaux les plus récents).

La partie originale du travail consiste en 59 observations bien étudiées, avec examens biologiques et radiologiques détaillés.

L'auteur conclut en insistant sur la morphologie spéciale des pancréatiques, sur certains signes particulièrement étudiés par lui : l'analyse des graisses fécales lui paraît de peu de valeur, sauf les cas extrêmes ; la recherche des ferments pancréatiques après épreuve de la sécrétine lui a montré des chiffres défectueux dans 49 cas sur 53 pour l'activité lipasique, et dans 44 cas pour l'activité trypsique : celles-ci ont donc été parfois dissociées (5 cas); Bibliographie récente soignée ; 94 radiographies originales. P. C.

Précis d'obstétrique, 5e édition, mise au point et augmentée, par L. Devraigne, chargé de cours de clinique annexe à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de Lariboisière. 1 volume in-8°, de 1 050 pages, avec 388 figures dans le texte. (*Librairie Gaston Doin et Cie, éditeurs.*

Cette édition nouvelle est assurée du succès légitime des précédentes. Sous une forme concise et claire, les notions essentielles d'obstétricie sont exposées dans l'esprit de servir utilement le praticien, la sage-femme, l'étudiant. Toutes les acquisitions récentes, aussi bien dans le domaine de la clinique que du laboratoire et de la thérapeutique, ont trouvé leur juste place dans cette édition, qui fait figure de livre nouveau. P. C.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

RELÈVE DES MÉDECINS PRISONNIERS

Le *Journal officiel* du 4 avril 1943 a publié une loi du 25 mars 1943, relative à la relève du personnel sanitaire.

Les médecins actuellement dans les camps de prisonniers sont, en effet, couverts par la Convention de Genève et ne sauraient être considérés en droit comme des prisonniers de guerre, mais comme les médecins des camps de prisonniers. Il en est de même pour les dentistes et les pharmaciens. Ce sont ces arguments que le Dr Grasset, secrétaire d'État à la Santé et à la Famille, a invoqués pour obtenir l'accord de principe du gouvernement allemand pour une relève valable du corps sanitaire des camps de prisonniers.

Le texte qui fixe les modalités de cette relève *impose aux médecins, pharmaciens et dentistes ayant obtenu leur diplôme depuis le 1er janvier 1940 et qui ne sont pas encore inscrits à l'Ordre des médecins ou à la Chambre des pharmaciens, d'en faire la déclaration dans les quinze jours à l'Inspection de la Santé de la Préfecture de leur résidence.*

Le secrétaire d'État à la Santé et à la Famille tiendra compte de l'âge et de la situation de famille de ceux, installés ou non, qu'il est susceptible de requérir. En principe, tous ceux qui peuvent exercer leur profession à titre civil seront regardés comme susceptibles de l'exercer dans les camps de prisonniers.

Le séjour dans les camps des volontaires ou des requis pour le service de la relève du corps sanitaire des prisonniers a été fixé à un an.

Le tour de départ sera ajourné d'un an pour ceux qui justifient :

1° D'au moins de six mois de captivité en France ou de trois mois en Allemagne ;

2° D'une blessure ou mutilation pour faits de guerre, d'une invalidité atteignant au moins 20 p. 100 au titre de la loi des pensions ;

3° D'une citation homologuée.

Seront exemptés définitivement les mutilés de guerre d'un taux supérieur à 60 p. 100 et ceux qui justifient d'un an de captivité. (*Communiqué.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mars 1943.

Spasmes artériels et thromboses au cours d'une endocardite d'Osler. — M. LEMAIRE rapporte l'observation d'une femme présentant une maladie d'Osler et chez laquelle survint brutalement un syndrome d'oblitération artérielle du membre inférieur droit. L'artériographie puis l'intervention montrèrent qu'il ne s'agissait pas d'une embolie, mais d'un spasme de l'artère fémorale. Quelque temps plus tard survint un syndrome analogue de l'autre côté. Mais cette fois il s'agissait non plus d'un spasme, mais d'une thrombose. L'examen anatomique montra des lésions très minimes de l'endartère. L'auteur insiste sur la fréquence peut-être plus grande qu'on ne l'admet généralement du spasme artériel à l'origine de ces accidents classiquement attribués à des embolies, ainsi que sur l'évolution possible du spasme vers la lésion endartérielle et la thrombose secondaire.

L'épreuve à la fluorescéine dans les syndromes vasculaires. — M. LEMAIRE a utilisé dans les artérites des membres inférieurs l'injection intra-artérielle de fluorescéine, qui permet, grâce à la fluorescence en lumière de Wood, de juger de l'irrigation du membre. La méthode, qui ne présente aucun danger, a donné des résultats intéressants, en montrant les territoires dont l'irrigation est déficiente.

Effacement de cavernes pulmonaires tuberculeuses après aspirations bronchoscopiques. — MM. P. AMEUILLE et J.-M. LEMOINE ont traité par la broncho-aspiration des cavernes tuberculeuses demeurant inertes sous le pneumothorax, dont on connaît l'évolution défavorable. Neuf fois sur 15 cas traités par une ou plusieurs séances d'aspiration bronchique ils ont obtenu l'effacement radiologique des lésions ulcéreuses (60 p. 100 d'heureux résultats). Dans 7 cas de tuberculose pulmonaire ulcéreuse où le pneumothorax n'avait pu être réalisé, le même traitement a été suivi de l'effacement des lésions cavitaires. Les auteurs insistent sur le fait qu'il s'agit d'effacement cavitaire et non de guérison, car dans la plupart des cas le recul est insuffisant pour juger de l'action du traitement.

Tuberculose intestinale ulcéreuse perforante sans expectoration bacillifère. — Mlle O. SCHWEISGUTH (présentée par M. AMEUILLE) rapporte l'observation d'un jeune homme chez lequel, après une pleurésie post-primaire, se constitua une tuberculose miliaire des deux poumons. Malgré des tubages gastriques répétés, jamais on ne put trouver de bacilles de Koch. Cependant la mort survint en six jours, par perforations multiples d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin grêle et de l'appendice, avec adénopathies caséeuses du mésentère. On ne peut, dans ce cas, admettre le mécanisme ordinaire de tuberculose intestinale ulcéreuse due à l'infection de l'intestin par des bacilles venus des poumons. La tuberculose intestinale a évolué pour son propre compte après s'être constituée selon un mode qui nous échappe.

M. RIST demande si les lésions intestinales multiples ne pourraient pas être contemporaines des lésions pulmonaires.

M. AMEUILLE est d'avis que la coexistence de lésions intestinales et pulmonaires primaires est possible, mais que les caractères des lésions diffèrent de celles observées. Il estime que, dans ce cas, l'atteinte intestinale est secondaire.

Encéphalite psychosique aiguë azotémique d'origine ourlienne. — M. G. DESBUQUOIS (Tours) rapporte l'observation d'une encéphalite psychosique aiguë azotémique, survenue au neuvième jour d'oreillons d'allure banale. Cette encéphalite s'est accompagnée d'une double orchite. Elle s'est manifestée par un état infectieux sévère, avec confusion mentale intense. L'azotémie a été croissant et a atteint 6gr,90 le jour de la mort du malade. L'examen anatomique a montré d'une part l'intégrité des reins, d'autre part des lésions d'encéphalite diffuse à la fois inflammatoire et dégénérative.

Leucémie chronique à monocytes avec lésions cutanées. — MM. H. BÉNARD et RAMBERT rapportent l'observation d'un sujet qui présenta des lésions cutanées ressemblant à des leucémides, une hépato-spléuomégalie, et qui mourut après plus de deux ans d'évolution. Dans le sang de cet homme, ainsi que dans ses tuméfactions cutanées, et dans tous les viscères, on trouvait en abondance des monocytes. Il s'agit là sans doute d'une leucémie chronique à monocytes, dont il n'existe que fort peu d'observations.

A propos d'un cas d'ostéo-arthropathie pneumique. — MM. H. BÉNARD et RAMBERT ont observé une ostéo-arthropathie pneumique tout à fait typique chez une femme présentant un cancer du poumon secondaire à un cancer utérin, et qui mourut de carcinose généralisée. Ils sont d'avis que, contrairement à l'opinion classique, les lésions osseuses et pulmonaires n'ont entre elles aucun rapport étiologique. Il s'agit simplement de la coexistence chez le même malade de deux affections distinctes.

M. RIST partage entièrement l'avis des auteurs.

Syndrome hypophysaire avec obésité, rétention d'eau et de sel, oligurie et oligodipsie permanentes. — MM. R. KOURILSKY et H. HINGLAIS ont suivi depuis 1935 une obèse atteinte d'oligurie permanente d'origine hypophysaire. Considérée pendant une partie de sa vie comme atteinte d'une néphrite chronique hypertensive, elle fut soumise à des cures de diurèse qui amenèrent une hypertension qui donna lieu à un accident vasculaire cérébral. L'oligurie permanente fut insensible à tous les traitements essayés, et l'effet même des diurétiques mercuriels ne fut que passager. La chute de poids fut très minime et passagère sous l'effet de ces diurétiques. L'origine hypophysaire du syndrome n'était pas douteuse. Tous les traitements endocriniens et la radiothérapie hypophysaire aggravèrent l'obésité. Cette observation s'apparente à celles décrites par Zondek sous le nom d'obésités d'eau et de sel, mais comporte en outre un syndrome d'oligurie avec oligodipsie, s'opposant entièrement du point de vue théorique au diabète insipide.

M. TROISIER signale l'existence de cas analogues d'obésités avec oligurie d'origine nettement héréditaire.

Rigidité décérébrée évoluant depuis quinze mois, par ramollissement à foyers cortico-striés multiples. — MM. L. MICHAUX, RYCHEWAERT et IVAN BERTRAND ont observé durant quinze mois une hypertonie extra-pyramidale chez un vieillard aphasique et gâteux. La terminaison

fatale intervint après une phase d'attaques toniques comateuses. C'est le tableau d'une rigidité décérébrée, réalisant successivement les deux aspects décrits par K. Wilson. La première phase d'hypertonie modérée et permanente peut être rapportée à des foyers multiples de ramollissement cortico-striés, libérant l'action tonigène des noyaux mésencéphaliques. La deuxième phase, d'attaques toniques, ressortit probablement à un foyer plus récent qui atteint le ventricule latéral gauche et provoque une hydrocéphalie interne réalisant la disjonction des cerveaux antérieur et moyen.

M. Mollaret émet quelques réserves sur l'interprétation des lésions, et pense qu'un œdème ou une ischémie transitoires frappant la région mésocéphalique sont peut-être à l'origine des crises toniques. Il rappelle une observation de rigidité décérébrée totale et permanente ayant duré une vingtaine d'années, et dont la lésion causale était un foyer minuscule atteignant les fibres des noyaux rouges. Enfin l'expérience neuro-chirurgicale apprend que des crises toniques unilatérales peuvent être occasionnées par l'engagement temporal comprimant la région mésocéphalique.

Roger Pluvinage.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 10 mars 1943.

A propos de l'incontinence d'urine. — M. Huc a opéré une malade par une suspension aponévrotique du col vésical après cystostomie avec un bon résultat.

De l'action des plaques d'aluminium sur des fistules et ulcérations tuberculeuses. — M. Parlange. — Rapport de M. Ménégaux.

Lymphoblastome du cæcum chez une fillette de six ans. Intervention pour invagination. Résection ultérieure. Guérison. — M. Drouhard. — Rapport de M. Fèvre. — Cette enfant fut opérée d'abord d'appendicectomie et d'une hernie ombilicale sans succès. Puis on diagnostiqua l'invagination, qu'on opéra et qui permit de reconnaître l'existence de la tumeur. On fit un anus cæcal et la tumeur fut enlevée dans un temps opératoire ultérieur.

Iléo-colo-rectoplastie après résection sigmoïdienne pour diverticulite perforée. — M. Lignon. — Rapport de M. Jean Quénu.

Sur un cas d'iléus spasmodique. — MM. Sénèque, Roux et Seyer ont observé ce cas où le tableau était celui d'occlusion vague, sans signes de localisation. Simples images d'aéro-iléie sans niveaux liquides à la radio. Atropine. Le lendemain, le tableau n'étant pas modifié, intervention qui ne permet que de constater qu'il s'agit d'iléus spasmodique. Atropine. Infiltrations splanchniques sans résultats appréciables. Cessation des signes au septième jour. Depuis, trois nouvelles crises douloureuses en six mois.

M. Oudard a opéré, il y a quinze ans, un iléus analogue où il avait noté l'absence de battements des vaisseaux mésentériques correspondant à la zone contractée.

M. Rudler, dans un cas, a observé une action nette de l'infiltration splanchnique.

M. Raoul Monod cite un cas d'iléus spasmodique post-opératoire qui s'est terminé par la mort ; à l'autopsie, il existait, à la jonction de la dilatation et de la striction, un tout petit infarctus du mésentère.

M. Roux-Berger apporte une observation personnelle.

Gangrène parcellaire de l'utérus après avortement. — MM. P. Moulonguet et Thoyer-Rozat ont observé ce cas mortel, où l'autopsie montra des lésions de gangrène limitée où se trouvaient des *perfringens*.

M. Mondor rappelle les signes qui permettent de penser à l'existence de ces gangrènes utérines au début.

M. Bazy pense que ces cas témoignent d'une véritable toxémie.

L'extirpation du col utérin par voie vaginale comme temps complémentaire plus ou moins retardé de certaines hystérectomies subtotales. — M. Rouhier estime que cette intervention est facile, et il en expose les principales indications.

M. Bréchot pense que l'évidement cervical suffisant.

M. Sauvé ne pense pas que l'extirpation secondaire du col soit toujours facile et sans danger.

Jacques Michon.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Paul Débu (de Paris). — Le Dr G. Ducastel (Boulogne-sur-Seine). — Le Dr Marie-Nicolas-Paul Genay (décédé à Vittel). — Le Dr V. Lesenne, père du Dr Lesenne (de Cognac). Le Dr et Mme Justin-Besançon font part de la naissance de leur fils Pierre. Nos bien vives félicitations.

MARIAGE. — M. Jacques Déchy, externe des hôpitaux de Paris, fils du Dr Déchy (de Sermaises-du-Loiret), avec Mlle Ginette Ruellan.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme H. Mutricy font part de la naissance de leur fils, André. — Le Dr et Mme Veyres font part de la naissance de leur fils, Jean-Pierre. — Le Dr et Mme Balazuc font part de la naissance de leur fille, Marie-Hélène. — Le Dr et Mme Favermee font part de la naissance de leur fils, Jean-Jacques. — Le Dr et Mme A. Deshous font part de la naissance de leur fille, Marie-Hélène.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **Liste des prix à décerner en 1943.** — Ces prix sont destinés à récompenser des travaux scientifiques (ouvrages, thèses, etc...) publiés jusqu'en 1942.

Prix Barbier (3 000 *francs*). — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils ou autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment (Inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Bernheim (800 *francs*). — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiant français, russe ou polonais) (Inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Chateauvillard (2 000 *francs*). — Meilleur travail sur les sciences médicales imprimées au cours de l'année précédente (thèses et dissertations inaugurales admises) (Inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Déroulède (900 *francs*). — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer (Inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Desmazes (1 600 *francs*). — Récompense du meilleur traité sur la grippe (Inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Gérard Martinet (2 800 *francs*). — Prix à un étudiant pourvu de douze inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptibles d'atténuer, en France, les ravages causés par les maladies contagieuses (Inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Jeunesse (2 000 *francs*). — Prix au meilleur ouvrage sur l'hygiène (Inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Leri (1 300 *francs*). — Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations publié au cours de l'année 1940 (Inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Monthyon (2 300 *francs*). — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1940 (Inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Rigout (600 *francs*). — Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique, physiologique ou bactériologique (Inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Léon Frey (5 000 *francs*). — Récompense du meilleur mémoire sur la stomatologie (Inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Lévy-Franckel. — Récompense à un élève méritant de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Segond (5 000 *francs*). — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves qui préparent le concours de l'adjuvat ou qui ont obtenu le titre d'aide d'anatomie (Inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Sicard (20 000 *francs*). — Un ou deux prix dans le but de diffuser des recherches médicales, soit par travail de laboratoire (cours, publications), soit par des voyages d'études (séjour dans un labora-

toire ou service déterminé en France ou à l'étranger) (Inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Pour mémoire (Prix de 1940-1941 non attribués).

Prix Déroulède 1941 (900 *francs*). — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer.

Prix Desmazes 1941 (1 600 *francs*). — Récompense du meilleur traité sur la grippe.

Prix Legroux 1940 (2 000 *francs*). — Meilleur travail sur le diabète, ses causes, son traitement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — La chaire de médecine légale prendra, à dater du 1[er] avril 1943, le titre de chaire de médecine légale et médecine du travail.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR. — *Au grade de commandeur* : M. le médecin général Héderer, directeur du Service de santé de la Marine.

Chevaliers : MM. les médecins principaux Chabrillat et Le Gallon ; M. le médecin de 1[re] classe Merveille.

Chevalier à titre posthume : M. le Dr Menon, médecin contrôleur des Assurances sociales à Rennes.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre des médecins. — *Conseil départemental de la Seine.* — Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins fait connaître à tous les confrères du département qu'il sera possible, pour l'année 1943-1944, de délivrer à certaines personnes atteintes d'affections chroniques ou d'infirmités exigeant des soins spéciaux (lavages de pansements, de plaies, lessivages de linge, etc...) des certificats médicaux destinés à leur faire octroyer une allocation trimestrielle de 50 kilogrammes de charbon.

Afin de respecter le secret professionnel, M. le Répartiteur du charbon a accepté le principe du contrôle par l'Ordre des certificats médicaux qui seront ainsi délivrés.

Les médecins sont donc priés d'établir deux certificats, l'un purement administratif, l'autre portant mention du diagnostic et destiné au seul Conseil de l'Ordre, et les faire déposer 242, boulevard Saint-Germain, Paris (VII[e]).

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins sortant est heureux d'annoncer que, grâce à une nouvelle réglementation en cours, le Corps médical du département de la Seine peut espérer d'obtenir une augmentation du contingent de ses S. P. (*Communiqués.*)

Composition de la Commission de l'Inspection des pharmacies. — Article premier. — La Commission de l'Inspection des pharmacies instituée par l'article premier de l'arrêté du 25 février 1943 se compose de :

Président : M. le Dr Aublant, conseiller d'Etat, secrétaire général à la Santé.

Membres : M. le professeur Damiens, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris ; M. le professeur Janot, de la Faculté de pharmacie de Paris ; M. Papillaud, président du Conseil supérieur de la pharmacie ; M. Baetz, pharmacien à Chef-Boutonne, président de la Chambre départementale des Deux-Sèvres ; M. Maxime Vaillant fabricant de produits pharmaceutiques à Paris ; M. Lantenois, président de la Chambre des droguistes en pharmacie et répartiteur de produits pharmaceutiques ; M. Grégoire, chef du Service central de la pharmacie ; M. Volckringer, chef de la première section technique du Service central de la pharmacie ; M. Lormand, directeur du laboratoire national du contrôle des médicaments ; M. Collesson, inspecteur des pharmacies ; M. Mestre (Raoul), inspecteur des pharmacies ; M. Wilson-Carli, inspecteur des pharmacies.

Art. 2. — Les pouvoirs des membres de la Commission de l'Inspection des pharmacies, désignés ci-dessus, sont valables jusqu'au 1[er] mars 1945.

NOUVELLES DIVERSES

MÉDAILLE DU PROFESSEUR DIONIS DU SÉJOUR. — La médaille offerte au professeur Dionis du Séjour, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, à l'occasion de son admission à l'honorariat, lui a été remise le 14 mars 1943, dans la salle des Actes de l'Ecole, sous la présidence du Dr Grasset, secrétaire d'Etat à la Santé.

REVUE DES LIVRES

Le cholestérol estérifié, test d'insuffisance cellulaire du foie, par Mme D. Fauvert. (*Thèse pour le Doctorat en Médecine, Arnette, éditeur, Paris,* 1942.)

La notion d'insuffisance fonctionnelle du foie est si importante en pathologie, mais elle est en même temps si difficile à définir, elle peut même devenir tellement douteuse quand on étend abusivement son domaine, qu'un test permettant de la mesurer avec sécurité trouvera toujours le plus grand accueil auprès des médecins.

Bien nombreuses sont les épreuves fonctionnelles hépatiques qui ont été déjà proposées. On connaît leur fortune, variable avec les pays, les écoles et même les époques. Leur crédit n'a pas gagné à cette diversité. Toutefois, en France, on s'était arrêté depuis plusieurs années à certains tests, à la mesure des traversées sucrées notamment, qui avaient rencontré l'approbation générale.

Il fallait donc de sérieux motifs pour vouloir édifier une construction nouvelle sur un terrain déjà très encombré. Ces raisons sérieuses, Mme D. Fauvert les possède sans nul doute. Elle les a trouvées dans le très important matériel d'étude recueilli, en collaboration avec R. Fauvert et P. Barbier, dans les services des professeurs Maurice Villaret et Abrami, ainsi que dans celui de Mme Bertrand-Fontaine. 119 cas d'affections hépatiques diverses ont été étudiés, et chacune de ces 119 observations comporte une étude biochimique complète. Ainsi a été composée une véritable somme de documents cliniques et biologiques : elle offre une base sûre aux déductions qui l'accompagnent.

Ce qui fait la particularité du travail de Mme D. Fauvert, c'est l'attention portée à la fraction estérifiée du cholestérol et au rapport existant entre celle-ci et le cholestérol total. On peut dire, en effet, que le foie intervient de trois manières dans le métabolisme du cholestérol : il contribue à en assurer la synthèse, il en conditionne l'estérification, il en assure l'élimination. Chauffard et ses élèves nous ont appris à connaître les hypercholestérolémies par élimination défectueuse. Chabrol et Sallet ont montré le sens des hypocholestérolémies globales qui trahissent la faillite grave de la fonction de synthèse du foie. Mme D. Fauvert fait porter avant tout son étude sur les troubles de l'estérification.

On sait que le cholestérol du sang n'est qu'en partie à l'état libre ; normalement, le cholestérol estérifié représente les deux tiers du cholestérol total : le rapport $\frac{\text{cholestérol E}}{\text{cholestérol T}}$ est compris à l'état physiologique entre 0,60 et 0,70. Et cette proportion est très stable. C'est une estérase qui en assure la stabilité (Kondo et Schultz), grâce à une réaction d'équilibre qui peut, alternativement, estérifier le cholestérol ou dédoubler les esters cholestéroliques. Or cette estérase est d'origine hépatique. Si bien que toute altération du rapport entre les deux fractions libre et estérifiée du cholestérol sanguin décèle une altération parenchymateuse du foie (Thannhauser et Schaber, Adler et Lemmel). Voilà la base théorique du test étudié par Mme D. Fauvert.

Il repose aussi sur une démonstration expérimentale. Franke et Malgzynski, Fiessinger, puis R. et D. Fauvert ont vérifié que l'hépatectomie aussi bien que les agressions toxiques sur le foie provoquent une chute des esters du cholestérol.

En pathologie, la riche documentation réunie par Mme D. Fauvert permet de confirmer la valeur et de développer la portée significative de ce test. Il s'est révélé, à l'usage, comporter une série étendue de nuances, adaptées aux circonstances variées de la pathologie hépatique.

C'est ainsi qu'il existe des perturbations de la cholestérolémie, dont la formule varie avec le degré de l'insuffisance cellulaire du foie et aussi en fonction de l'existence éventuelle d'une rétention biliaire associée. On retrouve ici cette notion que le foie est en même temps l'organe de la synthèse, de l'estérification et de l'élimination du cholestérol.

L'élimination du cholestérol est-elle troublée ou supprimée au cours d'une rétention biliaire quelconque, il apparaît une hypercholestérolémie, le rapport $\frac{E}{T}$ demeurant normal.

L'estérification est la première fonction atteinte lors d'une atteinte discrète de la cellule hépatique. Dans ces cas, le cholestérol total restant normal, il se produit un abaissement isolé du rapport $\frac{E}{T}$. C'est là une formule très caractéristique, dont la thèse de Mme D. Fauvert apporte de nombreux exemples (hépatites ictérigènes diverses, ictère catarrhal, cirrhoses bénignes). Cette atteinte élective de la fonction d'estérification constitue un fait physio-pathologique très précoce et on trouve là un test sensible qui permet de dépister l'insuffisance hépatique mineure.

Les déficiences cellulaires plus intenses atteignent non seulement le pouvoir d'estérification, mais aussi la fonction de *synthèse* elle-même. A la chute des esters, souvent très profonde ici, s'ajoute alors un abaissement notable du cholestérol total. Cette formule caractérise la grande insuffisance hépatique ; on la retrouve identique dans l'ablation expérimentale du foie, dans les ictères graves primitifs ou non, et dans les ictères graves terminaux des cirrhoses.

Après avoir apporté de nombreux documents bio-cliniques qui illustrent dans chacune de ces catégories les nuances significatives du « test des esters », Mme D. Fauvert termine son travail en comparant ce test aux autres épreuves fonctionnelles hépatiques et en le rapprochant des lésions histologiques constatées par biopsie. Elle réunit ainsi des arguments qui lui permettent de conclure que le test étudié est à la fois spécifique et sensible.

C'est la conclusion qui se dégage de la lecture de cet intéressant travail, appuyé sur une forte documentation biologique personnelle dont l'auteur, avec autant de sobriété que de rigueur, semble vouloir seulement faire apparaître, très objectivement, les déductions qui s'imposent. R. Cachera.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Institution d'un enseignement préparatoire aux études médicales.

Décret du 16 mars 1943.

ARTICLE PREMIER. — Il est institué dans les facultés et écoles de médecine un enseignement préparatoire aux études de médecine qui se substitue, pour les candidats à l'inscription en vue de la première année de médecine, à l'enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et biologiques institué par le décret du 23 janvier 1934.

Cet enseignement sera donné, dans le cadre des facultés et des écoles de médecine, par les professeurs de ces facultés et écoles et par les professeurs ou maîtres de conférences des facultés des sciences désignés par le recteur sur la proposition des doyens de ces facultés ou des directeurs de ces écoles ; il sera réservé aux futurs étudiants en médecine ; la coordination en sera assurée par le doyen de la faculté ou le directeur de l'école de médecine.

ART. 2. — Sont admis à suivre cet enseignement les candidats pourvus du baccalauréat de l'enseignement secondaire : A philosophie-lettres ou A philosophie-sciences, ou A mathématiques, B philosophie-lettres, B philosophie-sciences ou B mathématiques, C philosophie-lettres ou C philosophie-sciences ou C mathématiques.

ART. 3. — A la suite de cet enseignement et après examens subis devant les facultés ou écoles de médecine, il est délivré un certificat d'études de l'année préparatoire aux études médicales.

ART. 4. — Pour être admis à l'examen, les aspirants doivent justifier de quatre inscriptions trimestrielles et de leur participation aux travaux pratiques, ainsi que de la tenue de cahiers de cours.

ART. 5. — L'examen porte sur les matières enseignées conformément aux programmes qui sont déterminés par arrêté ministériel.

Il comprend :

1° Une épreuve écrite de biologie d'une durée de deux heures, dont une consacrée à un sujet de biologie générale, et l'autre à un sujet de biologie humaine ;

2° Une épreuve pratique dont le sujet sera tiré au sort par chaque candidat parmi l'ensemble des manipulations effectuées au cours de l'année dans les différentes disciplines.

L'épreuve écrite, qui sera anonyme, aura lieu simultanément devant toutes les facultés ou écoles au jour fixé par le ministre, qui en arrête les sujets.

La valeur de chacune des compositions de l'épreuve écrite, ainsi que la valeur de l'épreuve pratique, sera exprimée par une note variant de 0 à 20 avec le coefficient 7.

En outre, d'après les notes obtenues en cours d'année aux interrogations, aux travaux pratiques et pour la tenue des cahiers, il est attribué, pour chacune des disciplines que comprend l'enseignement et pour chaque catégorie d'épreuves, une note variant de 0 à 20 avec les coefficients suivants :

Biologie : 7 ;
Chimie : 2 ;
Physique : 1.

Les interrogations orales en cours d'année seront faites par chaque examinateur sur des questions tirées au sort.

Nul n'est admis s'il n'a obtenu la moitié du nombre maximum des points.

L'examen comporte également des épreuves d'aptitude générale à l'exercice de la profession médicale dont les modalités, la cotation et les coefficients seront fixés par un décret ultérieur.

ART. 6. — Le jury est composé de trois professeurs agrégés ou suppléants de faculté ou école de médecine et de deux professeurs ou maîtres de conférences de faculté des sciences. Le président du jury doit être professeur de faculté de médecine.

Le total des points obtenus par chaque candidat est arrêté et l'admission ou l'ajournement sont prononcés après délibération du jury au complet.

ART. 7. — Avant l'ouverture du registre des inscriptions au début de l'année scolaire, le recteur arrête, sur la proposition du doyen de la faculté de médecine ou du directeur de l'école, en suivant le classement résultant du total des points comptant pour l'admission à l'examen de l'année préparatoire aux études médicales, la liste des étudiants admis, par application de la loi du 19 octobre 1942, à prendre la première inscription en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Peuvent seuls figurer sur cette liste les candidats ayant obtenu la moitié du maximum des points ; ceux qui, tout en obtenant cette moyenne, ne viendraient pas en rang utile pour être admis sur la liste en question pourront néanmoins se faire délivrer le certificat d'études de l'année préparatoire aux études médicales.

Les *ex æquo* sont départagés en premier lieu par la note de l'épreuve écrite, en second lieu par celle de l'épreuve pratique, puis par celle attribuée d'après les interrogations de biologie en cours d'année.

ART. 8. — Le candidat qui n'a pas été inscrit sur la liste prévue à l'article 7 ne peut se représenter qu'une fois et après redoublement de l'année, tant en vue de cette inscription qu'en vue de l'obtention du certificat, s'il ne l'a pas obtenu au premier examen qu'il a subi.

ART. 9. — A la suite de chaque session, les certificats signés par les membres du jury sont transmis au recteur de l'académie qui, par délégation du ministre de l'Education nationale, les ratifie, s'il y a lieu, et les délivre aux impétrants.

ART. 10. — Les dispositions du présent décret sont applicables à partir de l'année scolaire 1943-1944. Les études devront être organisées pour la rentrée scolaire de 1943 ; le premier examen du certificat d'études de l'année préparatoire aux études médicales aura lieu à la session de juillet 1944.

Toutefois, les étudiants qui, au début de l'année scolaire 1943-1944, seront pourvus de quatre inscriptions non périmées afférentes au certificat d'études P. C. B. ainsi que ceux qui, candidats en 1943 à l'inscription sur la liste prévue par l'article 2 du décret du 4 février 1943, n'auront pas été admis sur cette liste seront admis de plein droit à suivre l'enseignement de l'année préparatoire aux études médicales et à se présenter à l'examen. Ces derniers ne pourront subir les épreuves de cet examen qu'une seule fois, en juillet 1944.

ART. 11. — Jusqu'à l'année scolaire 1946-1947, tous les candidats pourvus d'un diplôme quelconque de bachelier de l'enseignement secondaire seront admis à suivre l'enseignement de l'année préparatoire aux études médicales.

ART. 12. — Le candidat admis à prendre la première inscription en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine ne peut être autorisé à prendre cette inscription dans une autre faculté ou école que celle devant laquelle il a suivi l'enseignement de l'année préparatoire aux études médicales si ce n'est pour un motif grave fondé sur une circonstance de fait survenue postérieurement à son entrée en année préparatoire de médecine.

ART. 13. — Les étudiants qui, par suite de circonstances de guerre ou nées de l'occupation, ont subi l'examen en vue de leur inscription en première année de médecine devant une faculté ou école autre que celle située dans le ressort de l'université devant laquelle ils ont passé le baccalauréat seront admis à s'inscrire, s'ils sont reçus à l'examen, d'après le nombre des étudiants à admettre dans la faculté ou école de leur université d'origine. Les notes qu'ils auront obtenues à l'examen seront transmises au recteur de leur université d'origine, qui décidera de leur inscription d'après ces notes, dans les conditions prévues à l'article 2 du présent décret. S'ils figurent sur la liste dressée par ledit recteur, ils seront inscrits sans autre formalité dans la faculté ou école de l'université où ils ont subi ledit examen ; ils conserveront le droit de s'inscrire, s'ils le désirent, dans une faculté ou école de leur université d'origine.

ART. 14. — Les candidats prisonniers de guerre bénéficiant des mesures spéciales prévues par les décrets du 28 août 1942 seront admis à s'inscrire en première année de médecine à la seule condi ion d'être titulaires du certificat P. C. B. obtenu antérieurement à la mise en application du présent décret ou du certificat institué par ledit décret.

ART. 15. — Le ministre secrétaire d'Etat à l'Education nationale est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des Chefs de Service, des Assistants, des Internes et des Externes

AU 1er MAI 1943

HOTEL-DIEU. — 1. Service de M. le Professeur Fiessinger; assistant : Dr Gaultier; chefs de clinique : MM. Tiffeneau, Dupuy; Lajouanine, Lamotte; internes : MM. Salet (Jacques), Deprez, Grislain; externes : MM. Meyer (Jacques), Deribreux (Jacques), Fouchet (Pierre), Robert (René-Paul), Egger (Robert), Polonowski (Claude), Nicolle (Michel), Vazeux (Jacques), Houssay (Michel), Pitollet (Charles), Legrand (René), Tremblay (Emmanuel), Bompart.

2. Médecin : M. Debray; assistante : Mlle Provendier; interne : M. Koupernick; externes : MM. Alexopoulos (André), de Person, Gantier (Fernand), Dussaux (Jacques), Cottrel (Xavier).

3. Médecin : M. Bénard (Henri); assistant : MM. Rambert, Deparis; interne : M. Tremolières; externes : MM. Paillas, Davaine (Alfred), Dubrisay (Jacques), Hummel (Jacques), Voltot (Jacques), Morin (Paul).

4. Médecin : M. Nicaud; assistant : M. Laffitte; internes : MM. Dailly, Robert; externes : MM. Bloch-Lainé, Millet (Alain), Chamblonnat (Michel), Puyo (Georges), Castel (Yves), Cerbonnet (Georges).

5. Médecin : M. Barléty; assistants : MM. Cord, Lesobre, Hanaud; interne : M. Camus (J.-L.); externes : MM. Dubois (Jacques), Debray (Jacques), Brulet (René), Marcotte (André), Bignon (Bernard), Prévost (Jean), Baudoin (Yves).

6. Chirurgien : M. le Professeur Brocq; assistants : MM. Gosset, Rudler, Gueullette, Aboulker; chefs de clinique; MM. Neyraud, Vincent, Darricaud; internes : MM. Gandrille, Mercadier, Dubost, Hertz; externes : MM. Nezeloff (Christian), Tabernat (Jean), Servier (Jacques), Martinat, Morel, Landréat, Mouchot, Rouam-Sim, Durosselle, Fortin, Montagnon, Malizard, Gerard-Marchant, Dugourd, Mlle Genin.

7. Accoucheur : M. Cleiz; assistant : M. Bidoire; internes : MM. Magder, Mouret (E. P.); externes : MM. Parrot, Mlle Marchand, Molho, Mlle Rapidel, Genygou, Dorland.

8. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. le Prof. Velter; assistants : MM. Offret, Joseph, Prud'hommeaux; chef de clinique : M. Brégeat; internes : MM. Blancard, Barbet (E. P.); externes : MM. Hébert, Pipet, Vallois, Lemasson, Mlle Weinstein, Mlle Genty, Lutier.

9. Consultation de médecine. — Médecin : M. Albot; assistant : M. Blanchon; internes : MM. Buhot (1 E. P.); Eman Zadé; externes : MM. Duprey, Gaullard, Mlle Ardillier, MM. Oswald-Durand.

10. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. le Prof. Brocq; externes : M. Levy (Michel); Mlle Jacquemin en remplacement provisoire; MM. Cadoret, Dufourmentel.

11. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Raison; assistants : M. Friez, Mme Cernéa; externes : MM. Bara, Desauge.

Electro-radiologie. — Chef du service central : M. Lagarenne; assistant : M. Mole.

13. Hydro-thermothérapie. — Chef : M. Duhem; assistants : MM. Arraud, Mord, Richard, Dubost, Prunel; interne : M. Musset; externes : MM. Bonfils, Brillaut.

14. Centre des tumeurs. — Chirurgien : M. le Prof. Brocq; chef de service : M. Nachal; assistants: MM. Tailhefer, Salaün; interne : M. Benezech (E. P.).

LA PITIE. — Médecin : M. le Prof. Vincent; assistant officiel : M. Thiebaut; assistants : MM. Krebs, Chavany; assistant de radiologie : M. Guillaumont; chef de laboratoire : M. Berdet. Oto-rhino-laryngologie (dans le service) : MM. Guillaumin, Winter, Lemoyne; chefs de clinique : MM. Troiot, Daum, Tardieu, Guiot, Feld; internes : MM. Sclafer, Piuvinage, Stagé (E. P.); externes : M. Bernard, Mlle Geber, MM. Hommaik, Lainé, Guilloux, Jouve, Couteaux.

BICHAT. — 1. Médecin : M. Rivet; assistant : M. Faulong; internes : Mlle Savaton (E. P.), M. Guéraud (E. P.); externes : MM. Pertusier (Jean-Marie), Pépin (René); Tola, Tsevrenis, Porte (Lucien), Corganian, Corganoff, Dessus (Henri), Daubail (Georges).

2. Médecin : M. Paraf; assistants : MM. Vibert, Guérin, Calamy, Pigeon; internes : MM. Lallemand (Jean) (E. P.); Loubry (E. P.); externes : MM. Giraud (Gabriel), Durufle (Jean-Pierre), Gresland, Pillet (Jean), Breynaert (Robert), Margulès (Maurice), Mlle Boutin, M. Peyron.

3. Médecin : M. Faroy; assistant : M. Arnous; internes : MM. Dubel, Combet; externes : Mme Vassy, MM. Verdoux (Pierre), Cornillot, Boutard, Gilles, Dubray, Vautrin, Nory (Jean), Challe (Jean).

4. Médecin: M. le Prof. Vallery-Radot; assistant : M. Domart; internes : MM. Goury-Laffont, Laroche, Sévileano; externes : MM. Monod-Broca, Paris (Pierre), Brulé, Lestocquois, Gauchy, Fournier (Michel), Genevray-Brion (Serge), Gravot.

5. Service du Dr Gautier : assistant : M. Eck; internes : MM. Ferrand, Feffer; externes : Mme Vittoz, MM. Dechy, Barret, Cournaud, Fleury, Teissandier, Duvillier, Barrigue de Montvallon.

6. Service du Dr Charrier; assistant : M. Chigot; internes : MM. Loygue, Veyrières, Roy; externes : Mlle Anglès, MM. Ducrohet (Michel), Timal (Roger), Bouchard, Lau, Raclot, Fritel, George.

7. Chirurgien : M. le Prof. Petit-Dutaillis; assistant : M. Guénin; internes : MM. Joué, Crépin, Prochiantz; externes : MM. Pette, Cohon-Scali, Gatineau, Castaing, May, Treboute, Clavel.

8. Service du Dr Wilmoth : Assistant : M. Calvet; internes : MM. Paley, Xambeau, Chatelin; externes : Mlle Vautrinot, MM. Duricu, Gaufroy, Silvestre, Hodasse, Folgoas, Poinsard; anesthésiste : Mme Ménard.

9. Accoucheur : M. Desnoyers; assistants : MM. Thoyer-Rozat, Dardanne; internes : Mlle Garnier (E. P.), M. Zadikian (E. P.); externes : MM. Baranger, Charroux, Girard, Le Forestier, Roy, Bour.

10. Oto-rhino-laryngologiste : M. Leroux; assistants : MM. Chevalier, Schauwing, Loiseau; interne : M. Rouget; externes : MM. Petit, Bocquin, Vaquier, Cordier.

11. Ophtalmologie : M. Prélat; assistants : MM. Sénéchal, Dupuy-Dutemps; interne : Mme Pujol; externes : MM. Burdaux, Ribera, Gaultier, Fabre.

12. Consultation de médecine : M. Bousser; assistant : M. Huguet; interne : M. Rainaut (E. P.); externes : MM. Ozanne (Paul), Marchal, Bertier, Apkarian, Deroide, Duhamel, Mlle Leissen, M. Viollette.

13. Consultation de chirurgie : M. Boudreau; assistant : M. Walther; externes : M. Hacker, Godin, Mlle Lepoivre.

N. B. — Certaines places prévues pour les externes en premier (abrév. E. P.) sont occupées par des internes titulaires et réciproquement

Cette liste nous a été communiquée par l'Assistance.

14. Stomatologie : M. Fleury; assistant : M. Friez; externe : M. Goutorbe.
15. Policlinique Ney. — Consultation de médecine infantile : médecin : M. Clément Launay; assistant : M. Gabriel; interne : M. Borniche; externes: MM. Dioudonnat, Godin, Mlle Villedrouin.
16. Stomatologie : M. Fleury; assistant : M. Favier; externe : M. Descourtes.
17. Laboratoire de bactériologie de secteur : M. Mauric; assistants : MM. Doubkewitz, Durupt.
18. Electro-radiologie : M. Gérard; externe : M. Lelièvre; assistants : MM. Chenilleau, Gugliemi, Huant, Levecq, de la Beausserie, Wattez, Vromet.

TENON. — 1. Médecin: M. Even; assistants : MM. Cros-Decans, Lecœur, Charcine; internes : MM. Nalpas, Adam; externes : MM. Crusson, Pichon, Traineau, Foissard, Salmon, Michelin, Bramat, Gaudin.
2. Médecin : M. le Prof. Lian; assistant : M. Frumusan; interne : M. Berger; externes : MM. Barbé, Pillols, Tavernier, Moigneteau, Bouelle.
3. Médecin : M. May; assistant : MM. Netter, Ollivier; internes : MM. Alhomme, d'Oelnitz; externes : MM. Coutel, Robin, Tiret, Devaux, Bailleul, Gadras, Hatt, Fouchier, Caspar.
4. Médecin : M. Marchal; interne : M. Blanc; externes: MM. Bernier, Bazin, Lamy-Poirault, Cacaud, Robert.
5. Médecin : M. Ravina; assistant: M. Pécher; interne : M. Ducournau; externes : MM. Crepy, Fritel, Connault, Belin, Ramelx, Devaux.
6. Médecin : M. Brulé; assistant : M. Gilbrin; interne : M. Haquin; externes : MM. Delpech, Vimeux, Courtois-Suffit, Bommelaer, Mercier, Chataigneau.
7. Médecin : M. Guy Laroche; assistant : M. Bompard; interne : M. Loubrieu; externes : MM. Prot, Pequignot, Giraud, Trevidic.
8. Médecin : M. Carrié; assistant : M. Roux; interne : M. Bouttier; externes : MM. Maudhuit, Body, Morival, Moullec.
9. Chirurgien : M. Maurer; assistants : MM. Sauvage, Mathey, Rolland; internes : MM. Denizet, Forgeois, Faurel; externes : MM. Marie, Roussel, Bremond, Avrillon, Paris, Monegier, Rougerie, Colomes.
10. Chirurgien : M. Moulonguet; assistant : M. Verne; internes : MM. Ronsin, Marzet, Kœppelin; externes : MM. Julien, Chabrol, Lamare, Menut, Hoppeler, Hazard, Chevillon, Fores.
11. Chirurgien : M. Houdard; internes : MM. Brenier, Caufment, Fronville; externes : MM. Poulier, Schipman, Pinchon, Boutry, Harel, Raulline, Thomas, Lausacher.
12. Accoucheur : M. Digonnet; assistant : M. Bigey; internes : MM. Klein, Delagarde; externes : MM. Binda, Villehaud, Daffos, Teurtray, Michiels, Betuel.
13. Oto-rhino-laryngologie : M. Chateilier; assistants : MM. Remy Noris, Pouquet, Magnin; internes : MM. Labayle, Parsy, André; externes : MM. Hervé, Romaroni; Constant, Parisy, Soller, Legoute.
14. Ophtalmologie : M. Bollack; assistantes : Mlles Delthil, Odic; interne : M. Boudon; externes : MM. Cauvin, Lefebvre, Certin, Michel.
15. Consultation de médecine: M. Escalier; assistant : M. Guilly; interne : M. Rousseau; externes : MM. Sassier, Nœuveglise, Weiler, Boissy, Stephan.
16. Consultation de chirurgie : M. Deniker; assistant : M. Vlala; externes : MM. Maurin, Besse, David.
17. Stomatologie : M. Lacronique; chef adjoint : M. Chaput; assistant : M. Parent; externe : M. Pachowski.
18. Electro-radiologie : M. Lepennetier; chef adjoint : M. Bauchard; assistants : MM. Simon, Godefroy, Grain, Grange, Aubert, Marin, Chambonnet; externes : MM. Bonan, Berthonnier.
19. Centre de tumeurs : Chirurgien : M. Moulonguet; chef de service de rœntgenthérapie et de curiethérapie : M. Mallat; assistant de rœntgenthérapie : M. Le Camus; assistant de curiethérapie : M. Proux; interne : M. Cambessedès.

COCHIN. — 1. Médecin : M. le Prof. Harvier; chefs de laboratoire : MM. de Traverse, Rangier, Sarrazin, Lavergne; assistant: M. Jean Antonelli; radiologue : M. Barreau; chefs de clinique : MM. Rault, Viguier, Siguier, Maskas; internes : MM. Audoly, Isorni, Rouault, Lœper; externes : MM. Avril, Gugelot, Leménager, Frileux, Guilleminot, Mlle Cruciani, Bosquet, Benon, M. Doll, Mlle Sidier (femme Bertagna), MM. Guillermon, Jousanne, Fabre, Matalon Nicolaïdes, Caramaman.
2. Médecin : M. Ameuille; assistants : MM. Hinault, Kudelki Lemoine, Fauvet; chefs de laboratoire : M. Brunet, Mme Dubois; interne : M. Renault; externes : MM. Marnin, Mazabraud, Barbier, Missonnier, Nicolle, Breger.
3. Service du dispensaire : Médecin : M. Ameuille; interne: M. Pierart (E. P.); ;externes: M. Lecœur, Mlles Hel, Segard; MM. Boissier, Guillaumin.
4. Service des tuberculeux : Médecin : M. Ameuille; interne : M. Dauset; externes : Mlle Bec, M. Wattebler, Lees.
5. Tuberculeux (femmes) : M. Ameuille; chef de laboratoire de secteur : M. Demanche; assistants : MM. Boyer, Maiceron.
6. Médecin : M. Coste; chef de laboratoire : M. Tissier; internes : MM. Hewitt, Davy; externes : MM. Coffin, Boissière, Petitcollot, de Pouton d'Amécourt, Henry Sapin-Jaloustre, Jean Sapin-Jaloustre, Chirié.
7. Chirurgien : M. le Prof. Quénu; assistants : MM. Legras, Merle d'Aubigné, Ménégaux, Cauchois; radiologue : M. Noix; chefs de clinique : MM. Sagaud, Chalochet; chef de laboratoire : M. Lampérière; internes : MM. Joussemet, Aurégan, Pérol, Delatour, Staub; externes : Séro-Guillaume, Tirlau, Carette, Gras, Mlle Dubuisson, MM. Poilpré, Hue, Gaurio, Lefebvre, Frauscher, Isch, Mlles Miriel, Buzot; anesthésiste : Mme Mathey.
8. Chirurgien : M. Fey; assistants : MM. Dossot, Couvelaire; radiologue : M. Degaud;; chefs de laboratoire : MM. Busser, Ferrier, Mlle Lebert; internes : MM. Raynaud, Compagnon; externes : MM. Auvert, Martin, Gellnet, Mlle Hot, MM. Chatain, Ferreux, Lartigien; anesthésiste : Mlle de Mazarin.
9. Chirurgien : M. le Prof. Mathieu; assistant : M. Padovani; chef de clinique : MM. Lance, Judet, Lascaux, Schaffer; radiologue: M. Busy; chef de laboratoire: M. Champeaux; internes : MM. Verstraete, Eudel; externes : MM. Vanderpooten, Briens, Jaboulle, Beucher, Mlle Bordeaux des Barres; anesthésiste : M. Le Dantec.
10. Consultation de médecine : Médecin : M. Pollet; 1er E. P. M. Perrier; externes : MM. Meunier, Trélat, Mlle Held.
11. Consultation de chirurgie : Chirurgien : M. Ménégaux; externes : MM. Gautier, Vivarès, Autier.
12. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Renard; externes : M. Perdrizet, Mlle Deblaye.
13. Electro-radiologie. — M. Darriaux; assistant : M. Dubois; chef adjoint : M. Monsingault; attachés d'électro : MM. Mlon, Wattez, Richard; interne : M. Vaysse; externes : MM. Buffeteaux, Ziégler.
14. Stomatologie. — Stomatologiste: M. Lattès; externes : MM. Fontanel, Laforêt.
15. Oto-rhino-laryngologie. — M. Ramadier; assistants : MM. Lemoyne (détaché aux Enfants-Assistés), Mathieu, Ebstein (détaché à la Cité Universitaire), Maspétiol; interne : M. Henrot; externes : MM. Massonnet, Faivre, Eschbach, Thirot, Prudhomme, Courinot (Louis).

SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le Prof. Loeper; chefs de clinique : MM. Varay, Chassagne, Breton, Mozziconacci, Boulenger; internes : Mlle Nouflard, M. Mathey; externes : MM. Debray, Velter, Lauras, Hoquet, Le Courtois, Pineau, Hébert.
2. Médecin : M. le Prof. Chabrol; assistants : MM. Cachin, Sallet; internes : M. Blanchon; externes : MM. Flurin, Lapresle, Mlle Hurel, MM. Duval, Bouvattier.

(A suivre)

Durand, 18, rue Séguier, Paris (France).

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des Chefs de Service, des Assistants, des Internes et des Externes

AU 1er MAI 1943

(Suite)

SAINT-ANTOINE *(Suite)*.

3. Médecin : M. Mouquin; assistant : M. Catinat; interne : M. Brisset; externes : MM. Tohé, Ossipovski, Deniker.

4. Médecin : M. Jacquet; assistant : M. Plas; interne : M. Saltet de Sablet; externes : MM. Colhert, Gross, Lepront, Desmonts, Hug.

5. Médecin : M. Jacob; assistants : Mlle Scherrer, M. Bourguignon, Mmes Langle, Cans; interne : Mlle Quéret; externes : MM. Koskinas, Saides, Houde, Brodin; Mlle Chapu.

6. Centre de triage : M. Jacob; externes : MM. Chardon, L'Henoret, Marie.

7. Médecin : M. Boulin; assistants : MM. Ferroir, Bour; interne : M. Duhamel; externes : MM. Boutaric, Weissenbach, Château, Tourneur, Aumont, Vigneron, Mlle Favre.

8. Service de M. Decourt; assistant : M. Perier; interne : M. Gorin; externes : MM. Boutroy, Morsan, Coffin, Boëffard, Troudet.

9. Médecin : M. Garain; assistant : M. Kipfer; internes : MM. Houdart, Carlotti; externes : MM. Boulard, Avenier, Boutillier du Retail, Le Jeune, Prieur.

10. Chirurgien : M. le Prof. Cadenat; chefs de clinique : MM. Monsaingeon, Verne, Morel Fatio; assistant : M. Funck-Brentano; internes : MM. Duhamel, Dufourmentel; Berthon; externes : Mlle Henrion, MM. Juret, Gaujard, Lapresle, Pelbois, Mlle Juvin; MM. Dambrine, Nedelec.

11. Chirurgien : M. Bergeret; assistant : M. Heppe; internes : MM. Aupinel, Cotillon, Dehost, Taptas; externes : M. Le Guyader, Mlle Monhrun, M. Oudin, Mlle Bernard, Mlle Plisson, MM. Degeorges, Texier.

12. Accoucheur : M. Levy-Solal; assistants : MM. Morin, Gallot, Clément, Seguy; chef de laboratoire : M. Nicolas, Mme Kapp; internes : MM. Martin (E. P.), Sirot (E. P.); externes : MM. Galy, Ceccaldi, Desjeux, Cresson, Desprez.

13. Oto-rhino-laryngologie : M. Halphen; assistants : MM. Bérard, Buneau, Jourdan, Cochard; chef adjoint : M. Ombredanne; interne : M. Haguet; externes : MM. Renouvin, Foing, Baufle, Borst, Sans.

14. Ophtalmologie : M. Favory; assistants : MM. Tran-Ba-Huy, Decorps, Mme Schauving; interne : M. Toufesco; externes : Mme Minkowski, MM. Pausini, Pierquin, Le Goff.

15. Consultation de médecine : M. Hillemand; assistante : Mlle Montaient; ;interne : M. Bureau (E. P.); externes : MM. Larget, Gauthier, Hermann; Mlle Chateauraynaud, M. Meininger.

16. Stomatologie : M. Thibault; assistants: MM. Hennion, Bataille; externes : MM. Laine, Maiapert, Guignon.

17. Electro-radiologie. — M. Porcher; chefs adjoints : MM. Lefehvre, Pierquin; assistants : M. Kritter, Mmes de Bergman, de Chappedelaine, Gilies; M. Bondaghian; interne : M. Mouzon; externes : MM. Cournot, Chatpnet, Clément.

18. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Bréchot; assistant : M. Lackmann; externes : Mlle Kergoyan, Mme Homualk, MM. Crescincci, Deltheil.

19. Transfusion sanguine. — M. Sureau; chef de laboratoire : M. André Robert; externes : MM. Rodas, Grigaut, Larroque, Mlle Proux.

NECKER. — 1. Médecin : M. Lœderich; assistant M. Teyssier; interne : M. Gosset; ;externes : MM. Lepercq, Pinel, Mlles Baey, Mottais, Closier.

2. Médecin : M. Richet; assistant : M. Le Sueur; interne : M. Godlewsky; externes : MM. Cavagna, Rolland, Dujardin, Maret, Meker.

3. Médecin : M. le Prof. Binet; assistant : M. Conte; interne : M. Gougerot; externes : Mlle Noviant, MM. Ramon, Tequi, Betourné.

4. Médecin : M. Jacquelin; assistant : M. Turiaf; interne : M. Capron; externes: MM. Sebillotte, Bruezière, Baudry, Barral.

5. Chirurgien : M. Jean Berger; assistant : M. Mialaret; internes : MM. Hervet, Bessière, Edelmann; externes : MM. Giffard, Clément, Gauthier, Touche, Arguillère, Lesage.

6. Chirurgien : M. Gouverneur; assistants : MM. Dufour, Giard, Hickel, Jaupitre; internes : MM. Bonvallet, Delouche, Wintrehert; externes : Mlle Rasse, MM. Letessier, Barèty, Lesieur Heyhlon, Djindjian, Eloy, Benard, Aldigheri; anesthésiste : M. Delahaye.

7. Consultation de médecine : M. Lambling; assistant: M. Soulard ; 1. E. P. Gueniot ; interne : M. Motte ; externes : MM. Denier, Bertrand, Dubois.

8. Consultation de chirurgie : M. Rouhier; assistant : M. Fayot; externes : MM. Bouteille, Wonecki.

9. Stomatologie : M. Golnouec; assistant : M. Fromaljeat; externes : MM. Pot, Gaillemin.

10. Electro-Radiologie : M. Gilson; assistants : MM. Lamy, Gueret, Gaucher; externes : MM. Delonca, Mazel.

11. Service de roentgenthérapie. — Centre des tumeurs : M. Coliez; assistant : M. Loiseau; interne : M. Lamy E. P.

12. Chirurgie générale. — Chirurgien : M. Huet; assistant : M. Huguer; internes : MM. Enel, Etienne, Mage; externes : MM. Seriés, Deschamps, Biatrix, Moreau, Vivier, Labouret, Angiade.

SALPETRIERE. — 1. Médecin : M. le Prof. Guillain; assistant : M. Mollaret; chefs de clinique : MM. Auzépy, Gossiord, Pécher, Rogé; chefs de lahoratoire : MM. Bertrand, Lerehoullet, Mathieu; internes : MM. Le Bozec, Sicard, Château; externes: M. Barhizet; Mlles Rodrigues, Langevin; Mme Jourde, MM. Gougeon, Bertheaume, Duhois, Leca.

2. Médecin : M. Levesque; assistant : M. Perrot; internes : MM. Verliac, Bourdin; externes : Mlle Bricard, MM. Caron, Mesnier, Flavigny, Sichère.

3. Médecin : M. Faure-Beaulieu; attachée médicale : Mme Popp-Vogt; internes : M. Chévrolle, E. P., Cazes, E. P.; externes : Mlle Aubriet, MM. Desvignes, Vallin, Potier, Hillion.

4. Médecin : M. Haguencau; assistant : M. Blanchard; internes : MM. Bach, Roger; externes : MM. Tourneheuf, Gabail, Lajoux, Denis.

5. Médecin : M. Lemairc; assistant : M. Ledoux-Lebard; internes : MM. Paley, Poulet, E. P.; externes : MM. Natali, Poncet, Lestradet, Gadrat, Remond, Piliot, Mlle Santelli, M. Moulonguet.

N. B. — Certaines places prévues pour les externes en premier (abrév. E. P.) sont occupées par des internes titulaires et réciproquement

Cette liste nous a été communiquée par l'Assistance.

Supplément à « PARIS-MEDICAL ».

6. Médecin : M. Mollaret; internes : MM. Basset, Bastin E. P.; externes : MM. Voisin, de M. Uzan, Azaïz, Lacronique.
7. Chirurgien : M. le Prof. Mondor; assistants : MM. Weltl, Sicard; internes : MM. Leroy, Kuss, Lolinède, externes : MM. Goulon, Wallut, Mme d'Hespel, MM. Sapin, Uro, Charles (Gabriel), Mlle Claessen, MM. Thuau, Deschênes, Mlle Sédillot, MM. Picard, Binet, Dufourmentel, Grégoire.
8. Médecin : M. Michaux; attaché médical : M. Galdt; interne : Mlle Granier.
9. Centre des tumeurs. — M. le Prof. Mondor; interne : M. Boudot.
10. Clinique chirurgicale. — M. le Prof. Mondor; interne : M. Joinville; externes : Mlles Herman, Mathieu, M. Beau.
11. Electro-radiologie. — M. Ledoux-Lebard ; interne : M. Lacourbe, E.P. ; externes : Mlles Bernard, Reynier.
12. Service chronique chirurgie. — M. le Prof. Mondor; interne : M. Wetterwald; ;externes : Mlle Barbié, MM. Janny, Bardon.
13. Service de désencombrement. — M. Mollaret; externes : MM. Caillol, Hueber, Mme Lacronique, MM. Vanhaecke, Passelicq.

SAINT-LOUIS. — 1. Médecin : M. le Prof. Gougerot; assistants : MM. Blum, Bournier, Carteaud, Duché internes : M. Courjaret, Mme Robbes; externes : MM. Leroy, Daguin, Roisin, Mabille, Mlle Duchamp;, Mme Plas, MM. Decroix, Besson.
2. Médecin : M. Sézary; assistants : MM. Duruy, Ducourtioux, Chauvillon, Bolgert, Rivalier, Rabut, Juster, Gallerand; internes : MM. Le Sourd, Langevin, externes : MM. Talleux, Bureau, Mlle Rabut, MM. Granier, K'brat, Mme Lebourg, M. Rey, Mlle Laprade.
3. Médecin : M. Duvoir; internes : MM. Choubrac, Bouygues; externes : MM. Harel, Robineaux, Martin, Grimault, Joannés.
4. Médecin : M. Touraine; assistants : MM. Golé, Guex, Solente, Lortat-Jacob; internes : MM. François, Hadengue; externes : MM. Derville, Richard, Chevallier, Gandar, Mennerat, Lebat, Héber-Suffren, Berthaux, Mlle Delplace.
5. Médecin : M. Weissenbach; assistants : MM. Bouwens, Tourneville, Bocage, Faulong, Martineau; internes : MM. Girauld, Demassieux; externes : MM. Meunier, Siméon, Mlle Foucque, MM. Dumas, Diacono, Choffel, Monnerot, Bleibtreu, Manny, Matet.
6. Médecin : M. Flandin; assistants : MM. Basset, Richon, Rabeau, Saint-Céne; internes : MM. Chapuis, Bœswillwald, Guy E. P.; externes : MM. Millot, Gobert, Roussillon, Muler, Baillet, Vézard, Cardon, Sénéchal, Mlle Brunet, M. Pertuiset.
7. Médecin : M. Degos; assistants : MM. Delzant, Delort, Garnier, Dobkevitch; internes : MM. Courtenay, Mayers, Pergola; externes : MM. Baland, Fouquet, Neel, Levêque, Branthomme, Coullaud, Tuffier, Bellot.
8. Transfusion. — M. Degos; externes : Mme Baumgart, MM. Baumgart, Curloni.
9. Médecin : M. Desplas; assistants : MM. Chevalier, Neyraud; internes : MM. Tostivint, Bolo, Lelièvre; externes : Mlle Renard, MM. Lernout, Régent, Revil, Pegnet, Ruaud, Valléc, Detrie, Moraillon.
10. Chirurgien : M. Bazy; assistants : MM. Blondin, Lortat-Jacob; internes : MM. Maignan, René, Bauchard; externes : Mme Langerfeld, anesthétiste, MM. Herlemont, Chapuis, Viveret, Weckerlé, Harel, Grivaux, Dandelot, Rivron, Luizy.
11. Chirurgien : M. R. Monod; assistant : M. Vuillieme; internes : M. Gougerot, Petit, Butet; externes : MM. Beaugrand, Villan, Archambault, Martinetti, Mlle Fauvarque, MM. Péan, Tuloup, Leray, Chevalley.
12. Chirurgien : M. Michon; assistant et anesthésiste: M. Tissot; assistants : MM. Bac, Delmotte, Durand; internes : MM. Pruvot, Leandri; externes : MM. Bracq, Beugnon, Roche.
13. Consultation de chirurgie : M. Michon; externes : MM. Chapuis, Bernard, Serra, Lecointre, Malvy, Martin, Gohebel.
14. Accoucheur : M. Ravina; assistants : MM. P. Devraigne, Bilhaud, Villanova, De Bay; externes : MM. Le Lorier, Torre; externes : M. Combet, Mme Hartmann, MM. Gougaud, Thuillier, Mme Nicolaïdes, M. Guillemart.
15. Oto-rhino-laryngologie : M. Bouchet ; assistant titulaire du service : M. Debain; assistant adjoint du service : M. Le Pavec; premier assistant de consultation : M. Fouquet; deuxième assistant de consultation : M. Pigache; interne : M. Huber; externes : MM. Merlan, Delmas, Harlez, Planchon, Arondel.
16. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Parfonry; assistant titulaire du service : M. Despez; assistant suppléant du service : N...; assistant de consultation : M. Thévenot; interne : M. Polliot; externes : Mlle Le Goff, MM.Chantrenne, Saulay, Aubert, Lyonnet.
17. Consultation de médecine : M. Jean Lereboullet; 1 E. P., Spriet, E. P.; externes : MM. Chaïa, Foucquier, Duvernois, Mlle Bosc, MM. Von Essen, Faucheur, Maribas.
18. Consultation de chirurgie : M. Picot; externes : MM. Guérin, Brunet, Lacau, Saint-Guily.
19. Stomatologie : M. Richard; adjoint : M. Cernéa; assistant : M. Malingre; externes : MM. Grignon, Fredou.
20. Electro-radiologie. — M. Cottenot; chefs adjoints: MM. Cherigie, Liquier; assistants : MM. Buhlen, Lemerle, Nguyen Don, Le Dinh, Boiffart, Bourdon, Martinot, Lavoixpièvre; interne : M. Toulouse; externes : MM. Sauvegrain, Pommier de Santi, Fandre, Denis.
21. Annexe Grancher. — Médecin : M. Stévenin; assistants : MM. Brisset, Féder; internes : M. Contencin, Mlle Bouvot, MM. Lequin, Deniziaut, Delouche, Minier, Ferbos, Sevin.
22. Annexe Grancher. — Chirurgien : M. Févre; assistants : MM. Judet, Barcat, Arviset; internes : MM. Tran-Van-Hoa, Gauthey, Perrotin; externes : Mlle Jacotot, anesthésiste; Mlles Doucin, Delayre, Touraut, Ranson, MM. Périat, Vilain.

LAENNEC. — Médecin : M. le Professeur Troisier; assistants : MM. Chadourne, Herrenschmidt, Nico, Lemelletier, Brouet, Brissaud, Brocard, Baudouin, Lesobre; chefs de clinique : MM. Lacome, Lamotte-Barillon; internes : MM. Hardel, (E. P.) Blancard ; externes : MM. Wallon, Bourgeois, Gavardin, Plessier, Dubois de Montreynaud, Oger, Habib, Lécuyer, Charrette, Guillet.
2. Crèche : M. le Professeur Troisier; externes : M. Dufour, Mlle Mallet.
3. Dispensaire Léon-Bourgeois : externes : MM. Troisier, Reberteau, Poizot.
4. Médecin : M. Louis Ramond; assistant : M. Vialard; internes : MM. Danel, Lesca; externes : MM. Villey, Desmeserets, Lemaire, Mlle Lemaître, Bénézech.
5. Médecin : M. Bénard; assistant : M. Royer de Verlcuort; interne : M. Bareau; externes : MM. Coutureau, Chatriot, Lefèvre, Solignac, Kalichnikoff.
6. Médecin : M. Léchelle; assistant : M. Thevenard; interne : M. Ancelin; externes : Mlle Pozerski, MM. Cartier, Merlier, Darbord, Fallas.
7. Médecin: M. Pruvost; assistants : MM. Brincourt, Thoyer, Aubin, Depierre, Mlle Blanchy, Mabileau, Hautefeuille; internes : MM. Daumet, Godlewski; externes : MM. Choay, Nicolle, Méary, Cellerier, Wallois, Mme Bouveau, Le Rolland, Goujon, Mlle Pétin, Flandre, Guézan, Hellouin de Menibus.
8. Dispensaire Léon-Bourgeois : M. Pruvost; externes : MM. Petit, Grégoire, Colvez.
9. Chirurgien: M. Girode; assistants : MM. Gerard-Marchant, Meillère; internes : MM. Debusschère, Léger; externes : MM. Renard, Lordez, Mlle Le Guen, Baron, Pincard.

(A suivre)

Durand, 18, rue Séguier, Paris (France).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 2 avril 1943.

Maladie de Besnier-Bœck à forme granulique pure. Régression complète avec apparition concomitante de l'allergie tuberculinique. — MM. Jacques Arnaud et Tulou (présentés par M. Bariéty) rapportent une observation de maladie de Besnier-Bœck à forme pulmonaire granulique, cliniquement pure, ayant régressé rapidement en quelques mois, en même temps que s'installait l'allergie tuberculinique, contemporaine du nettoyage radiologique. Les auteurs soulignent cette interdépendance de l'allergie et du système réticulo-endothélial.

M. Bariéty estime que l'effacement radiologique des images pulmonaires et la réapparition d'une cuti-réaction positive n'autorisent pas à écarter toute crainte d'évolution tuberculeuse ultérieure.

Ostéopathie hypertrophiante pneumique et pneumopathies. — S. de Sèze, à propos de l'observation de MM. H. Bénard et Rambert, montre que, si l'on peut invoquer à l'origine immédiate des lésions osseuses une pathogénie nerveuse trophique et vaso-motrice d'origine sympathique, le problème étiologique n'en reste pas moins dominé par la fréquence des affections thoraciques, et notamment des tumeurs à l'origine de la maladie. Le malade de MM. Bénard et Rambert était lui-même porteur d'une métastase pulmonaire d'un cancer pelvien. L'énigme de la maladie réside dans les liens qui unissent les tumeurs pulmonaires, causes lointaines de l'affection, et ses causes locales, immédiates, aboutissant à la formation de la dysplasie ostéo-périostée.

Modifications organiques après électro-choc. — MM. Jean Delay et A. Soulairac ont constaté après le choc une tachycardie, ainsi qu'une élévation de la tension artérielle et de la pression veineuse. A la faveur d'observations d'hypertendus, ils concluent que la grande hypertension artérielle est une contre-indication à l'électro-choc. Par contre, la plupart des affections cardio-artérielles ne constituent pas une contre-indication.

Après le choc survient une période d'apnée de quelques secondes, qui a pu exceptionnellement se prolonger durant cent vingt secondes. Ils ont observé 3 abcès gangreneux du poumon.

La menstruation n'est pas influencée par le choc, mais les auteurs citent des cas de retard de règles ou d'aménorrhée.

Enfin, environ six heures après le choc, survient une élévation thermique atteignant rarement 38°.

La formule sanguine du post-choc. — MM. Jean Delay et A. Soulairac constatent que l'électro-choc provoque de façon constante une hyperleucocytose souvent considérable, avec, en général, diminution des polynucléaires neutrophiles. Pas de modifications de la série rouge, du taux de l'hémoglobine et de la valeur globulaire.

Les recherches sur la sédimentation globulaire ont donné des résultats disparates, mais parfois on observe une diminution importante de la vitesse de sédimentation.

Le syndrome humoral du post-électro-choc. — MM. Jean Delay et A. Soulairac individualisent un syndrome caractérisé par : 1° une hyperglycémie assez courte ; 2° une hyperprotidémie constante avec hypersérinémie, sans modifications du taux de l'urée ; 3° une hyperchlorémie globulaire sans modification du chlore plasmatique et 4° une diminution de la réserve alcaline. Fréquemment on note également une hypernatrémie, une hypokaliémie et une hypercalcémie post-critiques.

La pathogénie des phlébites. — M. Reilly, après avoir rappelé les théories classiques concernant la pathogénie des phlébites et les données expérimentales, rapporte les résultats de ses expériences faites sur différentes espèces animales. Tout d'abord, il montre que l'on peut occasionner une lésion endothéliale par simple badigeon-

nage de la paroi externe de la veine avec une solution de toxine bactérienne. Le rôle du système nerveux sympathique, périvasculaire est prouvé par les expériences d'énervation du vaisseau. Dans tous ces cas se produisent des thrombus veineux analogues à ceux des phlébites. Si l'on injecte ensuite dans les veines des microbes divers, mais de virulence faible, on obtient, suivant le germe et surtout suivant l'animal, soit une phlébite avec passage de germes dans le sang et poussée thermique transitoire, évoluant vers la guérison, soit une thrombophlébite infectante, avec état septicémique terminal. Ces expériences montrent donc l'importance du terrain, de la virulence du germe, et du système nerveux périvasculaire dans le déterminisme des accidents phlébitiques.

Stade préradiologique de la granulie. — MM. P. AMEUILLE et M. CHEVILLOT rapportent une observation de granulie ayant évolué en trois périodes : un épisode initial fébrile durant un mois, sans autres lésions radiologiques que les restes d'un complexe primaire — puis une période de dix mois durant laquelle il existait une image de miliaire pulmonaire généralisée sans signes cliniques, — et enfin une courte période terminale hyperpyrétique avec suffocation amenant la mort en huit jours. Les auteurs estiment que dans la granulie existe un stade préradiologique correspondant à la formation des lésions trop minimes encore pour être perceptibles aux rayons, puis un stade, fébrile ou non, où la granulie est radiologiquement visible, et enfin une phase soit de guérison, soit le plus souvent d'évolution mortelle, seul stade que connaissaient les médecins avant l'ère radiologique.

M. RIBADEAU-DUMAS discute le diagnostic de granulie dans ce cas.

M. PARAF rappelle que le substratum anatomique des images micronodulaires est des plus variable. La phase préradiologique peut être assez longue.

M. EVEN souligne que les anciens auteurs connaissaient la possibilité des « granulies froides ».

M. RIST discute la conception de la granulie froide.

Histamine et ulcère gastrique. — M. R. CACHERA rappelle des expériences faites avec M. CARNOT sur des animaux porteurs d'ulcérations gastriques expérimentales. L'injection sous-cutanée de fortes doses d'histamine ralentissait la guérison et favorisait l'apparition de complications, surtout hémorragiques. Il est vraisemblable que ces résultats doivent être attribués à l'hypersécrétion gastrique occasionnée par l'histamine.

M. HILLEMAND souligne l'action paradoxale de l'histamine, qui, à fortes doses, empêche la guérison de l'ulcère, et qui, à doses faibles, a une action très favorable sur sa cicatrisation.

Étude physio-pathologique d'une obésité hypophysaire avec rétention d'eau et de sel. — MM. R. KOURILSKY et H. HINGLAIS exposent les résultats de leurs recherches dans l'obésité hypophysaire avec oligurie permanente. Les épreuves d'élimination de l'eau et des chlorures montrent que les chlorures sont intégralement retenus, et que l'eau s'élimine en régime déchloruré et non en régime chloruré. Le trouble physio-pathologique de ce curieux syndrome paraît donc porter, malgré les apparences, sur le métabolisme du chlorure de sodium et non sur celui de l'eau.

Séance du 9 avril 1943.

Un nouveau cas de cancer pulmonaire apical. — MM. PRUVOST et L. TEYSSIER rapportent une observation de cette forme assez rare de cancer pulmonaire, qui vient s'ajouter aux cas publiés par MM. Guillain et Stern, Courcoux et Lereboullet. La lésion avait été prise à tort pour une tuberculose, en raison de son siège apical. Le redressement du diagnostic fut facilité par l'apparition successive de syndromes nerveux (douleurs scapulaires, syndrome de Claude Bernard-Horner, anhidrose et hyperthermie cutanée unilatérales, paralysie phrénique) par l'extension de l'ombre apicale, par la destruction des côtes dans leurs segments postérieurs et des apophyses transverses, par le développement d'une tuméfaction paravertébrale. Ce syndrome n'est d'ailleurs pas caractéristique du cancer apical, et se rencontre au cours des tumeurs qui envahissent le creux sus-claviculaire, et la fossette sus et rétro-pleurale.

M. POUMEAU-DELILLE a observé un cas analogue au cours d'une tumeur métastatique du creux sus-claviculaire, due à un cancer para-hilaire du poumon.

Un cas d'éventration diaphragmatique. — M. PRUVOST rapporte l'observation d'une femme, porteuse d'une ombre régulièrement arrondie de la base droite, interprétée tout d'abord comme un kyste hydatique du foie. La pleuroscopie, puis le pneumo-péritoine montrèrent qu'il s'agissait en réalité d'une éventration diaphragmatique importante.

M. CATHALA a observé un cas analogue chez un enfant d'une douzaine d'années. Les signes cliniques et la positivité des réactions de laboratoire avaient donné à penser qu'il s'agissait d'un kyste hydatique, mais l'intervention fit la preuve de la nature de l'affection. Il s'agissait d'une malformation du diaphragme, avec engagement du foie dans la déhiscence phrénique.

Le mécanisme de la mort après infiltration stellaire. — M. LANGERON a observé dans deux cas d'infiltration stellaire une symptomatologie telle (et surtout l'issue de liquide céphalo-rachidien) qu'aucun doute ne peut subsister sur la nature des accidents. La mort est due à la pénétration de liquide anesthésique dans les espaces sous-arachnoïdiens, et aux troubles bulbaires consécutifs. Il faut éviter toute technique qui risque d'amener l'aiguille au contact du trou de conjugaison ou parallèlement à lui.

Étude du chlorure de sodium dans l'obésité hypophysaire avec oligurie permanente et rétention hydrochlorurée. — MM. R. KOURILSKY et H. HINGLAIS, poursuivant l'étude de la malade dont ils ont communiqué l'observation dans les séances précédentes, établissent que le sel freine dans ce cas la diurèse aqueuse de façon excessive, et s'élimine très mal par le rein. Le trouble d'excrétion ne peut s'expliquer ni par la pléthore aqueuse due à l'oligurie, ni par un trouble néphrétique. Les auteurs admettent donc l'existence d'un blocage rénal d'origine hormonale. Ces études physio-pathologiques établissent la grande probabilité du rôle endocrinien de l'hypophyse dans l'excrétion du chlorure de sodium par le rein, et permettent d'entrevoir le mécanisme du réglage humoral des seuils.

La participation des rebords osseux des plateaux vertébraux dans certaines compressions sciatiques d'origine discale. — MM. D. PETIT-DUTAILLIS, F. COSTE et S. DE SÈZE rapportent trois cas de sciatique rebelle, opérés, dans lesquels la racine nerveuse était comprimée, non pas seulement par une saillie discale, mais aussi par une saillie osseuse développée aux dépens du plateau vertébral adjacent. La lésion responsable de la sciatique est ici une lésion complexe, associant à des lésions dégénératives du disque des lésions hypertrophiques des rebords osseux vertébraux : lésions d'arthrose vertébrale. On saisit ici le lien qui unit la notion moderne de sciatique discale et la notion classique de sciatique rhumatismale.

A propos de ces observations, les auteurs rappellent que le défilé interdisco-apophysaire, zone d'élection des compressions radiculaires de la sciatique commune, est une formation anatomique complexe, dont les éléments constitutifs sont multiples : disque intervertébral et rebords osseux des plateaux vertébraux en avant ; articulation apophysaire et ligament jaune en arrière, sans oublier les gros plexus veineux de l'espace épidural. Sans doute, le disque intervertébral, en raison de son rôle physiologique, de sa plasticité relative, de l'importance de ses réactions aux lésions traumatiques et micro-traumatiques, représente un agent de compression d'importance majeure ; mais chacun des autres éléments du défilé mérite aussi attention et étude.

Névralgie sciatique par saillie vertébrale compressive. — M. F. COSTE rapporte un nouveau cas, opéré par M. Petit-Dutaillis, de sciatique rebelle, avec arrêt partiel du lipiodol au-dessous du quatrième disque lombaire. L'intervention montra, à côté d'une hernie discale minime et discutable, une importante saillie du rebord postérieur des plateaux vertébraux de L4 et L5. L'opération, limitée à une simple laminectomie décompressive, n'a procuré qu'une guérison incomplète. La radicotomie postérieure sera indiquée dans de tels cas, qui peut-être ne sont pas rares, si l'on songe à la banalité des lésions arthrosiques du rachis lombaire.

ROGER PLUVINAGE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 17 mars 1943.

Dilatation aiguë, mortelle, de l'estomac après néphrectomie transpéritonéale pour cancer. — M. LE PICARD. — Rapport de M. SYLVAIN BLONDIN.

Deux cas d'infiltration novocaïnique sinu-carotidienne à la phase ultime de péritonite aiguë diffuse. — M. FORGET. — Rapport de M. WILMOTH. — Le premier cas concerne une péritonite par rupture d'abcès du Douglas après intervention pour appendicite aiguë : l'infiltration

donna une reviviscence de vingt-cinq jours. L'autre observation concerne une péritonite aiguë diffuse par manœuvres abortives : le collapsus fut jugulé pour quarante-huit heures.

Un cas de péritonite encapsulante chez l'enfant. — MM. Milhit, Boppe et Maignant.

Un cas de péritonite encapsulante opérée pour occlusion. — M. Logeais. — Rapporteur : M. Wilmoth.

Attitude en flexion extrême du genou traitée par désinsertion capsulaire et extension continue. — MM. Forestier, Françon et Herbert. — Rapport de M. Merle d'Aubigné.

M. Boppe utilise, après la capsuloplastie, un appareil à tourniquet pour le redressement. Mais il juge qu'il faut toujours commencer par le traitement orthopédique.

L'amputation de Gritti ; à propos de dix observations personnelles. — M. Ferey (de Saint-Malo) souligne les avantages de ce mode d'amputation.

M. Rouhier s'est occupé lui-même de l'appareillage de ces amputés, qui peut être très satisfaisant. Il insiste sur deux points : il faut sectionner les condyles au-dessous du tubercule du grand adducteur ; contrairement à ce que dit M. Ferey, M. Rouhier pense qu'il faut toujours fixer la rotule.

M. Braine met en doute l'intérêt de ces amputations à cause de la difficulté de l'appareillage.

MM. Richard, R. Couvelaire, Petit-Dutaillis estiment que l'opération de Gritti reste une excellente intervention.

M. Lance dit que l'appareillage de ces amputations a été amélioré par la substitution du celluloïd au cuir.

Remarques sur le traitement des kystes suppurés du poumon à propos de trois cas traités et guéris par lobectomie. — M. Robert Monod insiste sur la plus grosse complication de ces kystes suppurés ou non : les hémorragies. De l'étude de 16 observations, l'auteur tire les principaux éléments du diagnostic de ces kystes congénitaux et insiste sur l'intérêt de l'examen lipiodolé et de la pleuroscopie. Le diagnostic est cependant rarement fait, même dans les services spécialisés. Les principales complications sont d'abord les hémorragies, puis la cancérisation et la tuberculisation.

Au point de vue thérapeutique, les opérations de drainage sont insuffisantes, les interventions de collapsothérapie sont dangereuses, et c'est, en dernier lieu, l'exérèse qui est le meilleur traitement ; lorsqu'elle est possible, la lobectomie ou la pneumectomie totale, suivant les cas, constitue l'idéal. Néanmoins, l'auteur insiste sur la gravité de ces interventions, beaucoup plus grande dans les kystes infectés, ce qui doit conduire à opérer ces kystes à leur stade aseptique.

M. Fèvre cite un exemple où l'on porta chez un enfant le diagnostic de poumon polykystique. Les kystes disparurent spontanément. Il faut donc avoir plusieurs examens successifs avant de porter le diagnostic de kystes congénitaux.

Un cas de phlébite du sinus caverneux guérie par iodosulfamidothérapie intensive. — Présentation de malade. M. Truffert.

M. Lenormant, qui a connu cette malade, insiste sur la gravité de son affection et sur le résultat magnifique du traitement.

Séance du 24 mars 1943.

Statistique des hernies étranglées opérées à Langres de 1931 à 1943 (207 opérations). — M. Husson. — Rapport de M. Braine. — L'auteur constate sur cette statistique une mortalité de 7 p. 100. Neuf fois on a dû faire une résection intestinale avec 3 morts. Pour l'anastomose, M. Husson utilise le bouton de Villard ou de Jaboulay, avec un surjet intestinal séro-séreux pour parfaire l'anastomose.

A propos du traitement des hernies crurales étranglées avec sphacèle. — M. Pouliquen (de Brest). — M. Braine lit cette communication, dans laquelle l'auteur prône l'emploi de la voie crurale, à laquelle on combine la voie inguinale en cas de lésions avancées de l'intestin.

Gastrectomie d'urgence pour gastrorragies profuses.

(Suite page V.)

Guérison sans incident. — M. Pierra. — Rapport de M. Houdard. — L'auteur rapporte deux cas : le premier est celui d'une femme de trente-trois ans chez laquelle l'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un ulcère gastropylorique superficiel. Il s'agissait d'une femme véritablement mourante ; dans le second cas, il y avait gastrite hémorragique.

Mode de préparation opératoire ou de traitement palliatif dans le cancer de l'œsophage. — M. Santy insiste sur les bienfaits de l'emploi de la « Ferri-Scorbone » en injection intraveineuse, qui a une action désinfiltrante, désinfectante et anti-algique.

Traitement des brûlures par application de sulfamides en poudre. — MM. Fèvre, Ciaudo et Henrot ont utilisé et mis au point un mode de traitement des brûlures chez l'enfant consistant en un pansement au sérum physiologique suivi d'application de sulfamides en poudre permettant d'obtenir, un peu comme par le tannage, une cicatrisation sous croûte.

M. Hartmann rappelle qu'une brûlure est une plaie et doit être traitée comme telle : la désinfection à l'alcool suivie de pansements secs lui a toujours donné d'excellents résultats.

M. Rudler insiste particulièrement sur l'importance de l'étendue des brûlures, qui ne sont véritablement très graves qu'au delà de 30 p. 100 de la surface du corps. Il attire également l'attention sur la profondeur des brûlures et sur l'importance pour la guérison de la persistance ou de la destruction des îlots épidermiques de l'épaisseur du derme.

M. Raoul-Charles Monod pense que l'on doit manier les sulfamides avec prudence, en raison de l'intoxication possible.

M. Fèvre insiste sur le fait que, chez l'enfant, la gravité des brûlures au point de vue vital ne paraît pas du tout être toujours en rapport avec l'étendue de la brûlure.

Staphylococcie grave de la fosse nasale droite et de la lèvre supérieure. Complications phlébitiques, faciales orbitaires, sinusales. Sulfamidothérapie iodée. Guérison. — M. Truffert apporte cette belle observation : l'atteinte du sinus caverneux se manifestait par la perte des sensations lumineuses. La thérapeutique iodo-sulfamidée fut mise en œuvre à très haute dose : 54 grammes en quatre jours par les diverses voies, orale, sous-cutanée et intraveineuse. Il n'y a pas eu d'accident de néphrite, sauf une albuminurie légère. Un autre incident de l'évolation fut une desquamation massive de l'intestin grêle.

A un certain moment de l'évolution, une reprise des sulfamides intraveineux a provoqué un choc considérable, avec température à 41°. Mais dès le lendemain il semblait y avoir une amélioration importante de l'état de la malade.

L'auteur note, d'autre part, que chaque reprise du traitement sulfamidé déterminait un clocher thermique.

M. Patel pense qu'on n'a peut-être pas le droit d'affirmer la phlébite du sinus sur des signes cliniques qui sont très fragiles.

Présentation de pièce opératoire. — Infarctus de l'utérus *post abortum*. — M. Mondor.

Présentation d'appareil pour repérage des corps étrangers. — M. Chausse. — M. Cadenat, rapporteur.

Jacques Michon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 février 1943.

Activité comparée des dérivés sulfamidés énantiomorphes. — MM. C. Levaditi, A. Lespagnol et M. Decoisy ont recherché l'influence des propriétés optiques sur l'activité antimicrobienne des sulfamides. L'essai thérapeutique a été effectué sur des souris infectées, par voie intrapéritonéale, avec la souche de streptocoque hémolytique M. Il semble y avoir une certaine différence entre les effets curatifs des sulfamides dérivés des formes racémiques, droites et gauches, de l'alanine et de la bornylamine.

Inhibition du tactisme leucocytaire et toxines microbiennes. — M. A. Delaunay signale que l'intoxication mortelle du cobaye par les toxines des bacilles tétanique diphtérique et de Preisz-Nocard s'accompagne d'une certaine inhibition du tactisme leucocytaire. Cette inhibition, le plus souvent partielle, très tardive, peut être considérée comme une banale manifestation agonique ; elle diffère donc de l'inhibition « spécifique » provoquée par les antigènes glucido-lipidiques qui, elle, est complète et précoce.

L'action favorisante des savons sur la toxicité de la strychnine pour l'épinoche. — M. G. Valette montre que les savons qui n'exerçent pas par eux-mêmes d'action toxique sur les poissons accroissent d'autant plus la toxicité de la strychnine que le pH est plus bas. Agissant à des dilutions où ils ne modifient pas la tension superficielle, ils interviennent sans doute par l'action qu'ils exercent sur les constituants cellulaires lipoïdiques de l'épithélium branchial, favorisant ainsi la pénétration de l'alcaloïde.

Séance du 13 mars 1943.

Inhibition par le chlorhydrate de paraminobenzoyl-diéthylamino-éthanol (novocaïne) de l'hyperadrénalinémie asphyxique. — M. R. Hazard et Mlle E. Corteggiani signalent que ce corps supprime l'hyperadrénalinémie asphyxique, sans doute en coupant la conduction au niveau du splanchnique.

Inversion des effets vasculaires de l'yohimbine par un sympatholytique de synthèse (J. L. 408). — M. M. Bariéty et Mlle D. Kohler montrent ce phénomène, peut-être en rapport avec l'action particulière de l'amine sur l'élément musculaire des vaisseaux.

Action de l'amide et de l'acide nicotiniques sur la glycémie de l'homme. — MM. J. Marche et F. Delbarre signalent que ces deux corps provoquent une hypoglycémie des plus nette (allant de 10-20 à 40 et 66 centigrammes dans certains cas).

Modification de chronaxie des nerfs moteurs et sensitifs pendant le passage d'un courant constant dans la moelle. — Mme B. Chauchard, M. P. Chauchard et Mme H. Mazoué montrent que, lors du passage d'un courant constant le long de la moelle, il se produit des variations systématiques des chronaxies des nerfs moteurs et sensitifs dont le sens ne dépend que de la direction du courant (ascendant ou descendant) et non du niveau des électrodes par rapport aux péricaryones. On ne retrouve plus dans ces conditions d'effet propre polaire sur les péricaryones, l'action du courant étant plus diffuse et intéressant des neurones intracentraux.

Les variations d'excitabilité nerveuse dans l'avitaminose C du cobaye. — Mme B. Chauchard et M. P. Chauchard concluent de leur étude chronaximétrique que l'avitaminose C expérimentale s'accompagne d'une action dépressive encéphalique, qui expliquerait l'origine de l'asthénie scorbutique ; le rôle d'une insuffisance surrénale dans ces phénomènes serait à envisager.

Influence des cultures microbiennes sur l'acide p-(p-oxyphénylazo)-benzoïque. — MM. Ch. Mentzer et R. Pérault ont vu certains germes vivants du groupe typhique-paratyphique (*B. coli*, *proteus*) réduire la liaison N = N de cet acide en acide para-aminobenzoïque et en p. -amino-phénol, dissociation en rapport avec le pouvoir réducteur du microbe considéré. La généralisation de ce processus de réduction permet de l'étendre aux azoïques utilisés en chimiothérapie.

Caryocinétose et caryolyse provoquées par les toxines de l'amanite phalloïde. — MM. H. Lerra et P. Casal décrivent, au cours de l'intoxication phalloïdienne expérimentale, un double processus de caryolyse (intense caryorrhexie dans le foie) et de caryocinétose (très nombreuses mitoses dans la cortico-surrénale).

Électrocardiogramme normal du cheval. — MM. A. Charton et G. Minot ont pu étudier l'électrocardiogramme chez le cheval dans les quatre dérivations habituelles de l'homme et dans une dérivation spéciale (base du cœur, pointe du sternum), donnant au maximum l'accident auriculaire, avec l'électrocardiographe Lian-Minot. Ils ont ainsi précisé chez 200 chevaux la durée des divers éléments de l'électrocardiogramme.

Chez le cheval, l'onde auriculaire est le plus souvent dédoublée. Au complexe ventriculaire habituel s'ajoute souvent un accident supplémentaire, situé après S et toujours positif, R'. L'onde T est généralement biphasique, mais se réduit parfois à un seul accident positif.

Phonocardiogramme normal du cheval. — MM. A. Charton et G. Minot ont enregistré le phonocardio-

gramme du cheval avec le téléstéthophone Lian-Minot, le tracé de repérage utilisé étant l'électrocardiogramme en dérivation II. Comme chez l'homme, le début du premier bruit est toujours postérieur au début du complexe ventriculaire. Le deuxième bruit commence peu après la fin de l'onde T. Un troisième bruit, lorsqu'il existe, se place environ vingt-cinq secondes après le début du deuxième bruit.

Le premier bruit semble rarement constitué par un seul groupe de vibrations et son dédoublement peut être considéré comme quasi physiologique. Le deuxième bruit constitue, au contraire, un groupe vibratoire très limité.

Élection. — M. J. Régnier est élu membre titulaire.

F.-P. Merklen.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 16 février 1943.

Éloge posthume du Dr Milhit. — M. Tixier.

Dilatation congénitale des uretères, pyurie chronique à colibacilles, arrêt de la croissance, résultats éloignés d'une double néphrostomie. — MM. Paisseau, Boppe et Marcel.

Paralysie obstétricale du plexus brachial. — M. Sorrel, qui se propose de revenir prochainement plus longuement sur la question, présente une enfant de quatre ans et insiste sur quelques particularités de la symptomatologie dans ce cas.

Pachyméningite hémorragique (hématome sous-dure-mérien) du nourrisson. Guérison après radiothérapie et vitamine K. — MM. Marcel Lelong et A. Rossier présentent un nourrisson de dix-neuf mois complètement guéri d'une pachyméningite hémorragique survenue à l'âge de sept mois ; la seule séquelle est un crâne un peu volumineux. Le syndrome était caractéristique et faisait penser à une hydrocéphalie, mais les ponctions de la fontanelle ramenaient du sang, tandis que les ponctions lombaires donnaient issue à un liquide eau de roche. Il y eut répétition incessante de l'hémorragie pendant trois mois, des crises convulsives, de l'œdème du fond d'œil.

Après ponction suivie d'une injection d'air, la radiographie montra une image hydro-aérique kystique ; le taux de la prothrombine sanguine était très abaissé à 20 p. 100. La guérison fut pour ainsi dire instantanée à la suite de la radiothérapie et d'un traitement par la vitamine K.

Les auteurs récusent la pathogénie infectieuse de la soi-disant pachyméningite hémorragique et proposent de revenir au vieux terme d'hématome sous-dure-mérien employé par Rilliet et Barthez. Il s'agit d'une entité morbide spéciale, non infectieuse, non syphilitique, résultant peut-être d'une malformation vasculaire congénitale radiosensible et saignant à l'occasion d'une avitaminose K.

M. Cathala admet que le traumatisme intervient assez fréquemment à l'origine de la pachyméningite hémorragique ; peut-être l'avitaminose K joue-t-elle un rôle. Il est intéressant en tout cas de connaître l'action favorable de la radiothérapie.

M. Lelong pense qu'il existe des pachyméningites secondaires à diverses infections, et notamment à la syphilis, ainsi que des pachyméningites traumatiques, mais qu'à côté il y a place pour une maladie primitive, l'hématome sous-dure-mérien, qui est une maladie du deuxième semestre de la première année.

Lupus tuberculeux chez un nourrisson de sept mois. — MM. Lelong et Rossier présentent un nourrisson atteint d'un lupus tuberculeux des deux joues et de la pointe du menton à nodules séparés ; le diagnostic a été confirmé par la biopsie ; la radiographie du thorax montre une lésion initiale juxta-hilaire gauche.

A noter que de nombreuses cuti-réactions et une percuti-réaction tuberculiniques sont encore négatives, alors que l'intradermo-réaction à 1 milligramme de tuberculine est fortement positive.

Ce cas souligne la précocité de la dissémination du bacille tuberculeux dans l'organisme au moment de l'éclosion de la lésion primaire ganglio-pulmonaire.

Érythroblastose du nourrisson et hérédo-syphilis. — M. R. Perrot rapporte quatre observations d'anémie avec érythroblastose chez le nourrisson qui ne furent améliorées que par le traitement antisyphilitique.

M. M. Lamy critique et le terme d'érythroblastose dans ces cas et leur origine syphilitique avec des réactions sérologiques négatives. Une alimentation convenable, l'acide ascorbique, le fer donnent d'ordinaire de beaux résultats.

M. Levesque appuie M. Perrot et insiste sur ce fait que c'est après échec des traitements anti-anémiques banaux que le traitement antisyphilitique a été employé avec succès ; les réactions sérologiques sont habituellement négatives en dehors de la syphilis majeure.

M. Tixier rappelle la thèse de Sevestre au sujet de faits analogues à ceux de M. Perrot et insiste sur l'extrême fréquence actuelle de la syphilis.

A. Bohn.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le professeur Estor (de Montpellier). — Le Dr Govy (de Brest). — Mme Dessard, épouse du Dr Pierre Dessard (de Sedan).

FIANÇAILLES. — Mlle Paule Villette, fille du Dr Villette (de Dunkerque), et M. F. Lelieur. — Le Dr F. Jomier, interne des hôpitaux, et Mlle Anne-Marie Bavière.

MARIAGES. — Le Dr Edmond Plouviet avec Mlle Paulette Gillet. — Le Dr René Dehouck, chef des Services d'hygiène et santé de la Direction générale de la Légion française des combattants, avec Mlle Lily Chalmin.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme G. Renan-Wartelle font part de la naissance de leur fils Hervé. — Le Dr et Mme Lhermine font part de la naissance de leur fille Annick. — Le Dr et Mme J. Billard font part de la naissance de leur fille Anne-Marie. — Le Dr et Mme P. Taveau font part de la naissance de leurs filles France et Anne. — Le Dr et Mme G. Roux font part de la naissance de leur fils Bertrand. — Le Dr et Mme Pierre Champagne font part de la naissance de leur fils Jean-Paul. — Le Dr et Mme Justin-Besançon font part de la naissance de leur fils Pierre. Nos bien vives félicitations.

SANTÉ PUBLIQUE

SANTÉ PUBLIQUE. — M. le Dr Odier a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de l'Aude au maximum pour la durée des hostilités.

L'arrêté en date du 10 février 1943 chargeant, à titre temporaire, M. le Dr Guilloud de Courbeville des fonctions de médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de l'Ain a été rapporté.

Liste d'aptitude aux fonctions de médecin inspecteur de la Santé. — Ont été inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecins inspecteurs de la Santé les médecins inspecteurs adjoints de la Santé dont les noms suivent :

MM. les Drs Abbal, Alaroze, Ameur, Bataillon, Mme le Dr Claveau, MM. les Drs Dainville de La Tournelle, Dufour, Gibelin, Giraud, Grésy, Gufol, Jaujou, Maret, Montagnol, Mlle le Dr Mouton-Chapat, MM. les Drs Paimblant, Phelippeau, Porte, Mlle le Dr Roubert, MM. les Drs Susini, Vernus, Violet, Wolff.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **Candidats aux examens de clinique et à la soutenance de thèse.** — En application d'une récente décision ministérielle fixant au 30 juin la date limite où tous les examens de l'année scolaire en cours devront être terminés, il résulte que la date extrême de consignation en vue des examens de clinique est avancée au mardi 18 mai 1943 inclus.

La date extrême du dépôt des manuscrits de thèses en vue du permis d'imprimer est avancée au 1er juin 1943.

Le dépôt des exemplaires de thèses à la Bibliothèque, ainsi que la consignation en vue de la mise en série pour la soutenance ne seront acceptés que jusqu'au samedi 12 juin 1943, dernier délai.

Toute consignation pour les cliniques ou les soutenances de thèses *après les dates ci-dessus* ne pourront avoir d'effet que pour la session d'octobre 1943.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Morin, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à titre provisoire, à dater du 1er avril 1943, professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Marseille, en remplacement de M. Malméjac, transféré à Alger.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Concours pour trois places de médecin des hôpitaux. — *Premie concours d'admission. Epreuves d'admission.* — Liste de MM. les Membres du jury par ordre du tirage au sort :

MM. les Drs : Mme Bertrand-Fontaine, Garcin, Bénard (René, Ribadeau-Dumas, Aubertin, Célice, Lelong, Flandin, Loeper, Faroy, Bariéty, Touraine.

Concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Liste de MM. les Membres du Jury par ordre du tirage au sort :

MM. les Drs : Chatellier, Ombrédanne, Grivot, Le Mée, Rouget,

Huet, Hautant, oto-rhino-laryngologistes ; M. Lelong, médecin ; M. Fèvre, chirurgien.

Concours pour huit places d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux. — Liste de MM. les Membres du Jury par ordre de tirage au sort :

MM. les Drs Belot, Dariaux, Delherm, Guilbert, Busy (Jacques), Ordioni, Desgrez, électro-radiologistes ; M. Heuyer, médecin ; M. Braine, chirurgien.

Concours internat des hôpitaux communaux de la région parisienne. — Liste par ordre de tirage au sort de MM. les Membres du jury.

MM. les Drs : Laederich, médecin hôp. Paris ; Couvelaire, chirurgien hôp. Paris ; Delafontaine, médecin hôp. Saint-Denis ; Delanoé, médecin hôp. Corbeil ; Dresch, médecin hôp. Rambouille ; Lamare, médecin hôp. Saint-Germain ; Perrin, médecin hôp. Saint-Denis ; Jean-Marie Auclair, médecin hôp. d'Argenteuil ; Magnien, médecin hôp. Eaubonne.

Règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. — Le *Journal officiel* du 27 avril 1943 publie un décret portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941.

Sanatoriums publics. — M. le Dr Perrier a été nommé médecin chef au sanatorium de Lay-Saint-Christophe (Meurthe-et-Moselle).

Concours des hôpitaux psychiatriques de la Seine. — Un concours sur titres pour un emploi de médecin du cadre des hôpitaux psychiatriques de la Seine est ouvert à partir du 21 juin 1943 entre les médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Inspection régionale des pharmacies. — Un concours sur titres en vue du recrutement d'un inspecteur des pharmacies à occupation principale pour la région sanitaire de Toulouse est ouvert au secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille.

Chambre des fabricants de produits pharmaceutiques. — Article premier. — Les pharmaciens propriétaires d'officine qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques sont représentés, à la Chambre des fabricants de produits pharmaceutiques, par un nombre de délégués qui est fixé à un pour vingt ou fraction de vingt pharmaciens d'officine exploitant des spécialités.

Art. 2. — Les délégués seront désignés par le Conseil régional des pharmaciens.

Ordre des médecins. Commission régionale de la région de Paris. — La Commission régionale des Conseils de l'Ordre de la région sanitaire de Paris vient d'éditer le Tableau de l'Ordre des médecins de la région parisienne, comprenant les noms des médecins inscrits à l'Ordre dans les trois départements de Seine, Seine-et-Marne et Seine-et-Oise.

Ce petit volume est dès maintenant et gratuitement à la disposition des médecins qui voudront bien venir le prendre au siège de leur Collège départemental ou au siège de la Commission régionale, 28, rue Serpente, Paris (VIe), le matin, de 10 heures à 12 heures, et l'après-midi, de 14 heures à 18 heures, sauf le samedi.

Pour ceux qui ne pourraient se déplacer, nous le leur adresserons sur demande accompagnée de 5 francs pour frais d'envoi.

COURS ET CONFÉRENCES

Chaire d'anatomie pathologique (Professeur : M. Roger Leroux). *Deuxième cours de technique et de diagnostic.*

Le professeur Roger Leroux, assisté du Dr Busser, chef des travaux, commencera ce cours le lundi 10 mai 1943, à 14 heures, au Laboratoire d'anatomie pathologique, et le continuera tous les jours de semaine, sauf le samedi, à la même heure.

Ce cours comprendra dix-huit séances consacrées, d'une part, à la technique courante que les élèves effectueront sur des coupes qui leur seront fournies par le laboratoire ; d'autre part, à la lecture de ces coupes avec discussion des diagnostics. Les coupes resteront la propriété des élèves.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant, par le Secrétariat de la Faculté de médecine, guichet n° 4, tous les matins, de 10 heures à midi, et les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures, sur présentation d'une autorisation délivrée par le Dr Busser, chef des travaux (Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier B, 3e étage, tous les jours ouvrables, de 14 à 18 heures).

Pathologie médicale (Professeur : M. Chabrol). — M. le Dr Cachera, agrégé, a commencé son cours le jeudi 6 mai 1943, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continue les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet du cours. — Maladies du tube digestif.

REVUE DES LIVRES

Régimes, vitamines et équilibre alimentaire, par Mme Lucie Randoin et Alfred Rossier. Un volume de 70 pages. Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles ». (*Baillière, Paris*, 1942.)

La doctrine de l'équilibre alimentaire en physiologie de la nutrition est encore trop mal connue du public médical. Aussi ce petit ouvrage est-il appelé à rendre les plus grands services.

Si la ration alimentaire doit apporter chaque jour à l'organisme la quantité d'énergie nécessaire à son bon fonctionnement et la totalité des principes nutritifs non énergétiques spécifiquement indispensables à la vie, il est nécessaire que ces principes nutritifs existent dans la ration en proportions convenables. L'équilibre nutritif de la ration doit varier selon l'âge et les conditions physiologiques ; si un certain minimum de lipides et de protides est indispensable, il y a également un équilibre à réaliser entre protides et glucides, entre protides animaux et végétaux, entre lipides animaux et végétaux, entre la richesse en calories et la richesse en minéraux et en vitamines, entre les différents éléments minéraux, entre les principes oligosynergiques, entre les différentes vitamines, entre les vitamines et les autres principes nutritifs.

Ces diverses notions étant établies, Mme L. Randoin montre, avec l'extrême compétence qui lui revient dans ce domaine, comment on doit s'efforcer de résoudre en ces temps de restrictions le problème de l'alimentation ; puis, en collaboration avec A. Rossier, elle montre comment il faut appliquer la doctrine de l'équilibre alimentaire à la constitution des régimes pour malades, même quand on se heurte aux difficultés des rations imposées en période de restrictions. Cette dernière partie, en particulier, est pleine d'aperçus nouveaux, des plus intéressants pour le praticien.

F.-P. Merklen.

Les régimes de l'adolescence et de la puberté, par Charles Richet et Gabriel Richet. Un volume de 51 pages. Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles ». (*Baillière, Paris*, 1942.)

Après avoir rappelé les éléments du « complexe pubère », les auteurs établissent les grandes lignes de ce que doit être l'alimentation normale des adolescents : la ration calorique doit satisfaire à un métabolisme de base notablement plus élevé que chez l'adulte, à une radiation calorique proportionnellement plus importante, à des dépenses de croissance non négligeables, à une activité physique facilement débordante. Ils arrivent à cette conclusion que l'enfant de douze ans doit manger autant que son père et que l'enfant de seize ans doit manger notablement plus.

Les aliments de protection, les protides, les sels, les vitamines doivent être en quantité suffisante, et l'équilibre alimentaire convenablement respecté. Après avoir envisagé les régimes à prescrire dans quelques troubles de l'alimentation, cette monographie se termine par quelques conseils pratiques qui se résument essentiellement en cette formule : « Au cours de la période prépubère et pubère, l'alimentation doit être à la fois abondante, variée, simple et régulière ». C'est dire toute la gravité du problème de l'alimentation des adolescents en période de restrictions : il serait évidemment désirable qu'une amélioration du ravitaillement général permette de rétablir au moins chez eux cette marge de sécurité qui est en réalité normale et indispensable, car, comme le disait le grand chimiste allemand Bunge, il y a plus de cinquante ans : « Pour avoir assez, il faut avoir trop », et nous en sommes fort loin actuellement.

F.-P. Merklen.

Kurzes Lehrbuch der Rassenbiologie und Rassen hygiene für Mediziner (*Traité sommaire de biologie raciale et d'hygiène raciale à l'usage du médecin*). Doz Dr. phil. et med. Friedrich Keiter, préface de Pr-Dr L. Schmidt-Kehl. Un volume 16 × 24, 204 p., 104 figures et 16 tableaux. (*F. Enke, Stuttgart*, 1941.)

Le problème racial est fort ancien et a été bien souvent traité sous ses divers aspects ; le point de vue biologique et celui de l'hygiène n'avaient pas été délaissés. Toutefois, il s'agissait toujours d'œuvres de philosophes ou de politiciens destinées à des lecteurs non spécialisés. Ici, une précision plus grande devenait nécessaire, et l'auteur n'a pas manqué de tenir compte de cette nécessité.

Il présente le problème, qui est immense, dans un cadre strictement limité, mais d'une façon objective, précise et nette.

L'exposé n'est d'ailleurs aucunement une dissertation, mais, avant tout, un exposé succinct de faits et de statistiques. La théorie des chromosomes est examinée, ainsi que les points reconnus des mutations et de l'hérédité. Les diverses affections héréditaires font l'objet de paragraphes particuliers, et des exemples typiques de malformations congénitales particulièrement frappantes sont donnés.

Une revue des types humains est passée ensuite, d'abord sur le plan géographique, puis sur le plan de l'évolution. Cette vue d'ensemble aboutit aux types actuels, dont l'étude est nettement exposée.

L'ouvrage se termine par un index qui en rend la consultation aisée.

M. D.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Élections au Collège départemental

Les trois derniers noms dans la liste de chaque département sont ceux des membres suppléants.

AIN. — MM. Pélicand, Convert, Touillon, Pitre, Édouard, Dumarest, Chapuis, Brette, Girardot. — Ballivet, Rigaud, Adam.

AISNE. — MM. François, Menu, Bodson, Defoug, Delvincourt, Carrez, Coudrain, Matry, Toulouse. — Salmon, Glorion, Lenoir.

ALLIER. — MM. Dufourt, Gibert, Huguet, Penard, Tabutin, Phelip, Petit, Dessen, Walter. — Mouriquand, Trapenard, Lougon.

ALPES (BASSES-). — MM. Martin, Jouve, Caire J.-E., Guérin P., Nalin P., Metral E. — Dragon, Escarras, Bergondi.

ALPES (HAUTES-). — MM. Bruyère, Mayoli, Para, Bruss, Rolland, Lefèvre. — Mazet, Faure-Brac, Blanc.

ALPES-MARITIMES. — MM. Figuiera, Cossa, Dœlnitz, Vian, Carcopino, Carlotti, Spinetta, Jouglard, Lenoë, Lapouge, Missimilly, Pilatte. — Duplay, Balestre, Julien.

ARDÈCHE. — MM. Cleu, Bourret, Bouvat, Mondan, Pargoire, Bouzol. — Comte, Guiraud, Cadet.

ARDENNES. — MM. Beaudoin, Rozoy, Jeanvoine, Boissel, Vassal Louis, Belotte. — Gobinet, Martin, Guérin.

ARIÈGE. — MM. Lestrade, Léopold, Roquejeoffre Pierre, Brunet Jean-Louis, Sicre Émile, Bonnafous, Roques François. — Passet Paul, Dedieu Benjamin, Masselin Guy.

AUBE. — MM. Gur, Dauptain, Paris, Scheid, Pucheu, Merat. — Hurez, Lebeau, Chazalnoël.

AUDE. — MM. Girou, Gibert, Artigues, Aussiloux, Denoit, Cathala, Caizergues, Lapeyre, Tomey. — Fouchet, Prax, Cannac.

AVEYRON. — MM. Garrigues, Bonnefous, Virenque, Capoulade, Cochy de Mongan, Magnes, Tremolière, Lagarde, Couronne. — Verdier, Enjalbert, Charrie.

BOUCHES-DU-RHONE. — MM. de Vernejoul, Vignoli, Mattei, Vamette, Piert, Gastou, Bouyala, Fiolle, Combes, Bocca, Bourde, Recordier. — Audier, Periot, Arnaud.

CALVADOS. — MM. Lecornu, Lerasle, Morice, Hamon, Bureau, Chaperon, Viel, Colombe, Simou. — Maugeais, Desbouis, Vigot.

CANTAL. — MM. Mézard, Dupuy, Girou, Delteil, Julhes, Delort. — Dodinet, Chanal, Peschaud.

CHARENTE. — MM. Brothier, Decressac, André, Duroselle, Girard, Trarieux, Fontaine, Barret, Trousset. — Hourtoulle, Pouget, Petis.

CHARENTE-MARITIME. — MM. Barraud, Jouchères, Trocme, Monod, Demarque, Cuzaillet, Torlais, Seguinot, de Caye. — Vialard, Dufour, Dubois.

CHER. — MM. Eschbach, Chamaillard, Poinceau, Vion, Quignard, Cauchery. — Binet, Darfeuilles, Bonnemaison.

CORRÈZE. — MM. Laubie, Puyaubert, Lacoste, Bardon, Morely, Lafarge. — Surun, Boutot, Deshors.

COTE-D'OR. — MM. Montcharmont, Megret, Tassin, Petitjean, Vergne, Brousolle, Deguignand, Guillemard, Leblanc. — Bottemer, Hubner, Barbier.

COTES-DU-NORD. — MM. Codet, Prigent, Gautier, Tessier, Hutin, de Vulpian, Legrand, Moy, Druais. — Bouguen, Bellec, Royer.

CREUSE. — MM. Bresard, Faury, Bordier, Ladure, Dupie, Machavoine. — Philippon, Janicaud, Butaud.

DORDOGNE. — MM. Gargaud, Perromat, Okinezic, Perruchot, Lafon, Lacoste, Cassard, Rouseasu P., Delbes Paul. — Serret, Semonon, Crozet.

DOUBS. — MM. Baufle, Duvernoy Marcel, Gomet Charles, Jacquart, Tisserand, Volmat. — Ledoux Eug., Petrequin, Robin V.

DROME. — MM. Perrier Fr., Coste J., Kocher J., Didier L., Rigal André, Anrès André, Grivet Fernand, Rigaux F., Robin Joseph. — Chevalier-Seyvet, Thiers F., Eynard F.

EURE. — MM. Rougeulle, Vivier, Bergouignan, Clément, Bettinger, Camus, Champeau, Wagner, Louineau. — Blain, Dardel, Vaillant.

EURE-ET-LOIR. — MM. Durand Maurice, Trouvé, Fayolle, Fredet, Foulon, Cariotti. — Haye, Morchoisne, Vaillant.

FINISTÈRE. — MM. Salaün, Le Couteur, Philippon, Pouliquen, Maymou, Clouard, Chapel, Castel, Mevel. — Cornic, Chauvel, Corre.

GARD. — MM. Sollier, Vincent, Blanchard, Reynaud, Picharal, Flaissier, Villaret, Malarte, Fabre. — Chambon, Damon, Goubert.

GARONNE (HAUTE-). — MM. Rocques, Caffort, Clavelier, Riser, Tapie, Garripuy R., Sorel Raymond, Bertrand de Pibrac, Ginesty, Cavalle, Bezy P., Laurentier. — Albenque, Miginiac, Deumie.

GERS. — MM. Lestrade, Angèle Pol, Soubiran, Rivière, de Sardac, Pujos. — Barthelemy, Lescale, Lasserre.

GIRONDE. — MM. Mauriac Pierre, Loubat Étienne, Viaud J., Moreau Noël, Aubertin Émile, Broustet Pierre, Micheleau Joseph, Lartigaut Roger, Dumourg Edgar, Piéchaud Ferdinand, Pouyanne Louis, Maupetit Joseph. — Despons Jean, Mahon Pierre, Lafargue Pierre.

HÉRAULT. — MM. Giraud, Jeanbrau, Euzières, Vidal Joseph, Étienne, Lapeyrie, Margarot, Coste, Bremond. — Roux, Viallefond, Picheire.

ILLE-ET-VILAINE. — MM. Marquis, Le Damany, Brault, Lamache, Chevrel, Biret, Pelle, Robert, Baudet. — Massot, Jambon, Collet.

INDRE. — MM. Barbier, Foltzer, Périnet, Asselin, Robert, Gadaud, Gratier, Chauveau, Calas. — Peynet, Beauchesne, Bougarel.

INDRE-ET-LOIRE. — MM. Denoyelle, Cosse, Desbuquois, Mahoudeau, Gaudeau, Wegbecher, Vialle Antoine, Valle Paul, Bonnin. — Boutin, Magnan, Malet.

ISÈRE. — MM. Sappey Ferd., Bisch, Bonniot Alb., Bethoux L., Arbassier H., Fabre Ch., Arnaud Georges, Faure-Marguerite, Gérin M. — Guedel And., Bonne Louis, Latreille J.

JURA. — MM. Sigaux, Mermet, Michel, Romand-Monnier, Albertin, Sullerot. — Billot, Prince, Girod.

LANDES. — MM. Gauzère, Estivals, Larauza, Lataste, Riberol, Daydrein, Daraignez, Dufau, Ducournau. — Beaumont, Lesca, Pouey.

LOIR-ET-CHER. — MM. Montagne, Penot, Gamard, Chevallier, Luzuy, Loiseau. — Mornuet, Lefranc, Andy.

LOIRE. — MM. Bérard André, Mandy, Gignoux, Vitaut, Barret, Lemonnier, L. Favre, Diumie, Bollet. — Cochet-Balpey, Perron, Dujol.

LOIRE (HAUTE-). — MM. de Morangis, de Mourgues, Jalenques, Manissolle, Bonnet, Maleysson. — Denise, Durand, Kaeppelin.

LOIRE-INFÉRIEURE. — MM. Giroire, Auvigné, Favreul, Joubert, Chauveau, Baron, Charbonnel, Clenet, Bernou. — Thoby, Gauducheau, Poumier.

LOIRET. — MM. Auboyer-Treuille, Mezie, Caillaud, Marre, Fournié, Falaize, Chevereau, Luizy, Merry. — Nandrot, Delalande, Simonin.

LOT. — MM. Redoules, Rougier, Roudié, Besse, Ayrolles, Segala. — Souilhe P., Cambornac, Issaly.

LOT-ET-GARONNE. — MM. Corcelle, Dezos, Guy, Valat Alb., Delmas, du Sault, Reilhac, Valat Jean, Esquirol. — Lautier, Bried, Le Bayon.

LOZÈRE. — MM. Morel, Joly, Constans, Almeras, Hugonnet, Gourdon. — Maury, Vincens, Mlle de Gaudin de la Grange.

MAINE-ET-LOIRE. — MM. Desvaux, Bigot, Testard, Leroy, Closier, Gaignard, Denecheau, Nauleau, Gory. — Amsler, Ménard, Mary.

MANCHE. — MM. Viel, Guillard, Vesval, Beschet, Bourdon, Legendre, Galiegary, de Fontbonne, Lefèvre. — Rapilly, Chavin, Le Bunetel.

MARNE. — MM. Railliet, Priolet, Baye, Bouvier, Quentin, Quénard, Jacquinct, Pellot, Blérad. — Rimbert, Ledoux, Dubois de Montreynaud.

MARNE (HAUTE-). — MM. Molly, Sommelet, Picot, Dautrey, Cavalier, Chardin. — Bonnet, Maillefer, Mistarlet.

MAYENNE. — MM. Cœuillicz, Le Basser, Amaudrut, Queinnec, Lefèvre, Aubin. — Daniel, Mer, Corlay.

MEURTHE-ET-MOSELLE. — MM. Delavergne, Mathieu, Bodart, Butel, Gerbaut, Hamand, Perrin, Quibal, Rothan. — Corret, Aweng, Tabellion.

MEUSE. — MM. Adnet, Maillard, Limasset, Marly, Pierson, Courtot. — Husson, Bastien, Durand.

MORBIHAN. — MM. Cenarrie, Augé, Lohéac, Salomon, Lepipc, Griffon, Saint-Martin père, Amphoux, Mabin. — Maquet, Thibaudet, Rème.

NIÈVRE. — MM. Lemoine, Bourdillon, Rudolf, Burgeat, Le Guillant, Perdriat. — Duncombe, Petit, Dollet;

NORD. — MM. Lemaître, Legrand, Dutholt, Gernez, Vanverts, Lepoutre, Looten, Swynghedauw, Coppens, Leclerq, Nayrac, Piquet. — Delannoy, Laffineur, Langeron.

OISE. — MM. Gossart, Baranger, Delie, Woimant, Chastel, Debray, Graillon, Wurtz, Hallot. — Fabignon, Tournant, Le Maître.

ORNE. — MM. Baiileul, Idoux, Eltrich, Limal, Griveaud, Couinaud, Roux, Louvel, Lefrançois. — Henry, Boullard, Rousseau.

PAS-DE-CALAIS. — MM. Berghe, Quenee, Leclercq, Chateau, Andres, Devulder, Vielle, Brassart, Delecourt. — Leroy, Gradel, Sterin.

PUY-DE-DOME. — MM. Fichot, Merle, Dechambre, Luton, Piollet, Germain, Griveaud, Durif, Sahut. — Labesse P., Bellet F., Genilliers.

PYRÉNÉES (BASSES-). — MM. Larrieu, Aris, Saupiquet, Tachot, Malaplate, Leremboure, Melin, Mercier des Rochettes, Lamaison. — Leymarie, Parazols, Rubeton.

PYRÉNÉES (HAUTES-). — MM. Dellon, Ducastaing, Castets, Salles, Marcassus, Verdoux, Bergugnat, Glaccardy, Marcard. — Sempé, Desplantez, Rotge.

PYRÉNÉES-ORIENTALES. — MM. Baillat, Baux, Duclos, Puig, Jany, Bacou, Dalard, Cortade, Saporte. — Pougault, Bès, Canceil.

RHONE. — MM. Gate Jean, Passot Jean, Paillasse E., Peycelon R., Ricard André, Paufique L., Bouchut L., Dechaume J., Cotte G., Barbier J., Lacroix J. — Brochier A., Vignard, Bourrat L.

SAONE (HAUTE-). — MM. Pegeot, Engelhard A., Mathey, Duchet-Suchaux Marcel, Renard Ant., Vichard. — Petitjean, Blanchard, Julliard P.

SAONE-ET-LOIRE. — MM. Prieur, Durand, Renaut, Ozanon, Armand, Aubery, Combier, Nourissat, Frarier. — Guilleret, Ardisson, Chattot.

SARTHE. — MM. Langevin, Gallouedec, Chartier, Barbet, Allain, Plaisant, Pottier, Mordret, Collière. — Chereau, Papin, Baranger.

SAVOIE. — MM. Blanc Louis, Masson Alf., Robert Paul, Trucher Fréd., Cleret Frac., Brachet J., Levaxellaire R., Merlot, Francons Fr. — Belly G., Forestier J., Clerc J.

SAVOIE (HAUTE-). — MM. Pelloux Aug., Gelas J., Palluel V.-J., Charieux G., Deschamps M., Meilhan P., Bonnefoy H., Gay P., Arnaud J. — Cons J., Tobé Fr., Chevalier F.

SEINE-INFÉRIEURE. — MM. Billiard, Lessertisseur, Dessaint, Samson, Lefrançois, Gibert, Delgove, Cerne, Fleury. — Petit, Lanos, Paradis.

SÈVRES (DEUX-). — MM. Guyonnet, Joubert, Saint-Paul, Laffite, Gaillard, Clouzeau, Princeteau, Chambard, Laroche. — Chardon, Frère, Vignalou.

SOMME. — MM. Carton, Girard, Sourdat, Baledent, Poulain, Caraven, Rinuy, Maes, de Butler. — Devillers, Perdu, Leplat.

TARN. — MM. Devoisins, Lapeyre, Gourc, Bonneville, Chabbert, Mimart, Priou, Clermont-Pezous, Pigot. — Reboul, Guilhamon, Petit.

TARN-ET-GARONNE. — MM. Manhavialle, Caves, Méric de Bellefont, Denis, Pouget J., Boscq Louis. — Cleyze, Rouanet, Pouch.

VAR. — MM. Laures, Coulomb, Longchampt, Salvetti, Gauran, Amalric, Jourdan, Jamin, Mège. — Rochas, Villeclaire, Girard.

VAUCLUSE. — MM. Masquin, Stefani, Tartanson, Montagard, Michel-Bechet Régis, Bec, Charlet, Godlewski, Girard. — Michel-Bechet Henri, Barre, Pérol.

VENDÉE. — MM. Cullerre, Choyau, Moreau, Boutelier, Sebileau, Simonin, Henrot, Mignen, Barre. — Laforge, Marchand, Boisde.

VIENNE. — MM. Barnsby, Le Blaye, Vincent, Quivy, Guillaud-Vallée, Perdoux, Beauchant, Fumeau, Savin. — Fagart L., Maisondieu, Ferru.

VIENNE (HAUTE-). — MM. Hervy, Duverger, Filhoulaud, Lory, Verger, Valière-Vialex, Raymond, Delhoume, Bazert. — Durand, Robin, Surun.

VOSGES. — MM. Laflotte, Manteaux, Algand, Ri-



chaud, Gauthier, Delfourd, Hutin, Delille, Durand. — Cornu, Thinesse, Hadot.

YONNE. — MM. Cornet, Gache F., Picquet, Chevereau, Sarrazin J., Kœchlin J., Schwartz J., Houde P., Forgeron Alf. — Fort Roger, Hugot, Plait A.

Territoire de BELFORT. — M. Walser, Butzbach Camille, Courtot X., Braun Marcel, Ziegler J., Maître R. — Thomas.

La liste pour les départements de Seine, Seine-et-Marne et Seine-et-Oise a paru dans *Paris médical*, n° 15, du 20 avril 1943.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 *avril* 1943.

Tumeurs du sein. — M. Hartmann apporte un important travail à propos de 488 tumeurs ou pseudo-tumeurs du sein.

Les gangrènes cutanées. — M. G. Milian rappelle les caractères de *B. gangrenæ cutis*, qu'il a décrit il y a vingt ans et a étudié avec Nativelle : ce bacille a tous les caractères morphologiques et de culture du *Proteus* et les caractères biologiques, au pigment près, du pyocyanique. Il va sans dire qu'il n'est pas le seul à produire des gangrènes cutanées.

L'origine non infectieuse de l'hypertrophie de la prostate. — M. Maurice Chevassu montre qu'il n'existe aucune preuve du rôle possible de l'infection des vésicules séminales dans le développement de l'hypertrophie prostatique.

Séance du 13 *avril* 1943.

Notice. — M. Lemierre lit une notice nécrologique sur M. Jean Demoor (de Bruxelles), correspondant étranger dans la section des sciences biologiques, physiques et naturelles.

A propos de l'élection du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. — M. Balthazard, président, remercie ceux de ses collègues qui viennent de l'élire. Il rappelle l'intérêt que l'Académie n'a pas cessé de porter à l'Ordre des médecins depuis sa fondation.

Sur un cas particulier d'œdème néphrétique. — M. Loeper revient sur la pathogénie de l'œdème brightique à propos d'une curieuse observation d'une anasarque dont le liquide contenait plus de 30 grammes d'albumine. Il considère un tel œdème si fortement albumineux comme l'équivalent de l'œdème pulmonaire et voit, à son origine, non pas une simple rétention chlorurée, non pas une simple diminution de la tension des protéines sanguines, mais une altération de la paroi filtrante. Et il attribue cette altération à des corps voisins de l'histamine ou à l'histamine elle-même, dont le taux atteignait d'ailleurs chez cette malade 1 000 γ dans le sang et 450 dans l'œdème.

Ainsi le syndrome œdémateux de certaines néphrites peut ressortir à l'histamine comme le syndrome convulsif ressortit parfois à la guanidine et le syndrome hypertensif à la tyramine. C'est une nouvelle preuve de la spécificité chimique en séméiologie.

Oxycarbonémie de la femme enceinte et du nouveau-né. — MM. H. Vignes et L. Truffert ont dosé l'oxyde de carbone au moment précis de l'expulsion fœtale dans le sang de la mère et dans le sang du cordon : en moyenne, ils ont trouvé, chez la mère, 0,27 pour 100 centimètres carrés et, chez le fœtus, 0,39. Dans la moitié des cas, le sang du cordon était nettement plus riche que celui de la mère, et, dans les autres cas, le taux était le même. Les cas où le sang du cordon est plus riche que celui de la mère sont à retenir ; en effet, quand il se produit un apport exogène, non mortel, d'oxyde de carbone, il y a tendance à l'égalisation ; lorsqu'on trouve une prédominance en faveur du fœtus, on peut se demander si ce fait ne traduit pas une oxycarbonémie endogène liée aux synthèses fœtales.

Diabète sucré après électro-choc. — MM. P. Harvier, P. Froment et M. Cénac. — Une femme de quarante-quatre ans, hyperémotive et psychasthénique de longue date, subit un traitement par électro-choc. L'état mental de la malade est, sans conteste, amélioré après la quatrième séance, mais, à partir de la deuxième séance, apparaissent les signes d'un diabète sucré : diabète acidosique, avec hyperglycémie dépassant 3 grammes. Il est à noter que la mère de cette malade était diabétique, mais que la malade elle-même n'avait jamais eu, jusque-là, de glycosurie. Un examen d'urines, pratiqué deux mois avant le traitement, était resté négatif.

Ainsi le diabète, après électro-choc, prend place parmi les diabètes traumatiques. Il est possible qu'un traitement fortement convulsivant détermine des altérations des centres neuro-végétatifs régulateurs du métabolisme glucidique. Cette constatation engage à ne pas abuser de cette nouvelle thérapeutique et à en limiter, de façon très précise, les indications.

Transmissibilité de « B. abortus » par voie aérienne. — MM. Velu et Balozet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 16 *avril* 1943.

Épreuve d'hyperglycémie à l'adrénaline administrée par voie buccale. — MM. R. Laplane et Ch. Vaille montrent que l'absorption par voie buccale de cent gouttes d'adrénaline à 1 p. 1 000 détermine constamment chez les enfants normaux une hyperglycémie notable. La glycémie s'élève en moyenne de $0^{gr},46$ en une heure ; elle redescend dès la deuxième heure, et atteint constamment la normale à la troisième heure. Dans quatre cas de diabète avec acidose, la glycémie s'est élevée beaucoup plus ($1^{gr},41$ en moyenne) et cette augmentation s'est prolongée beaucoup plus longtemps. Dans sept cas d'ictère de type catarrhal l'élévation de la glycémie a été en moyenne de 0,73 et s'est montrée plus durable que normalement.

Syndrome d'Adie syphilitique. — M. J. Dereux (Lille) remarque qu'il est d'une extrême importance de relater des observations de syndrome d'Adie où la syphilis est sûrement en cause. Tel est le cas de ce malade qui présente un syndrome d'Adie au complet ainsi qu'une syphilis certaine (Hecht positif, hyperalbuminose rachidienne, influence favorable du traitement sur les douleurs du type fulgurant). Cette syphilis est, dans le cas particulier, héréditaire (13 frères morts en bas âge). Mais l'existence de l'étiologie syphilitique de certains syndromes d'Adie ne doit pas faire oublier cette notion capitale sur laquelle ont insisté Adie lui-même et, en France, Guillain et Sigwald, à savoir que d'autres syndromes d'Adie ne sont pas syphilitiques et qu'il faut s'abstenir de les soumettre à un traitement spécifique inutile, sinon nuisible.

Cysticercose cortico-rolandique à forme d'épilepsie jacksonnienne. — MM. H. Roger, M. Arnaud et G. Pitot rapportent l'histoire d'un malade de dix-neuf ans, atteint depuis deux ans de crises jacksonniennes droites, d'abord rares, puis répétées. A l'intervention on découvrit trois petits kystes sous-pie-mériens de la dimension d'un haricot, constitués par *Cysticercus cellulosæ*.

Deux cas d'ostéose douloureuse à pseudo-fractures chez des religieuses. — M. Maurice Debray, Mlles M. Provendier et R. Granier insistent sur les caractères des douleurs, qui sont à la fois intenses et diffuses, sur leur discordance habituelle avec le siège des lésions révélées par la radiographie. Les régions les plus douloureuses paraissent parfois à peine altérées sur les films, et inversement les points où siègent les pseudo-fractures restent souvent à peine sensibles à l'exploration clinique. Les auteurs estiment surtout opportun de signaler la fréquence de ce syndrome chez les religieuses cloîtrées. On ne peut incriminer ni pratiques ascétiques, ni carence alimentaire manifeste, mais une carence vitaminique, une carence solaire. Cette carence solaire a une action très importante, mais non exclusive ; elle doit s'ajouter à des dispositions individuelles, à un « terrain endocrinien » favorable.

Deux observations de maladie de Milkman. — MM. Y. Boquien et Bureau (Nantes), dans un travail rapporté par M. Debray, insistent sur le rôle considérable de la carence alimentaire et du surmenage dans l'apparition de ce syndrome de pseudo-fractures et d'ostéoporose. Ils apportent deux très belles observations illustrées par de très démonstratives radiographies.

M. S. de Sèze souligne les rapports existant entre les ostéopathies dites de carence, les ostéomalacies et le syndrome de Milkman. Il demande si les cas avec véritables fractures, donnant lieu à un déplacement, entrent dans le cadre du syndrome de Milkman.

M. Justin-Besançon estime que les frontières séparant le syndrome de Milkman des ostéopathies de carence

et de l'ostéomalacie sont assez imprécises. De multiples causes, toxiques, carentielles, endocriniennes, ainsi que des modifications des rapports phospho-calciques, peuvent déterminer des syndromes analogues.

M. MARQUÉZY a observé, chez une fillette de deux ans, un syndrome d'ostéomalacie avec multiples fissures à la radiographie. Il est curieux de constater la fréquence du rachitisme chez l'enfant, contrastant avec la rareté de l'ostéomalacie, et l'identité du traitement que l'on oppose avec succès à ces deux affections.

M. J. DECOURT pense que les syndromes décrits relèvent d'étiologies très diverses, et représentent le trouble terminal de la fonction de fixation du calcium. Cette dernière peut être perturbée des façons les plus diverses, qu'il s'agisse d'une insuffisance d'apport, d'une carence en vitamine D, ou du remplacement du Ca par le cadmium, comme on le voit dans l'intoxication cadmique chronique.

M. DEBRAY est également d'avis que tous les intermédiaires peuvent se voir entre les ostéopathies carentielles, et que d'autre part la présence ou l'absence de déplacement des fragments osseux ne représente pas un critère diagnostique certain.

A propos d'un cas de nanisme micromélique d'origine hypophysaire probable. Discussion sur le syndrome dit d'acromicrie. — MM. S. DE SÈZE et R. HOUDART présentent un cas de nanisme micromélique avec obésité à topographie spéciale, pilosité excessive à disposition masculine, diabète sucré, dont l'origine hypophysaire apparaît probable. L'arrêt de croissance semble avoir coïncidé avec l'installation très précoce des règles à l'âge de huit ans. La tendance micromélique du nanisme paraît liée, au moins en partie, à l'apparition précoce de la puberté, qui a eu pour conséquence la suppression de cette poussée de croissance élective pour les membres, qui accompagne habituellement la période prépubertaire. En examinant cette malade, les auteurs avaient eu l'impression que les mains et les pieds étaient spécialement petits, mais les mensurations ne confirmèrent pas cette impression. Il y avait micromélie, mais non acromicrie. Frappés par cette constatation, les auteurs ont repris l'étude des observations antérieurement publiées sous le nom d'acromicrie. De cette étude il ressort qu'il n'existe actuellement aucune observation prouvant formellement l'existence d'un syndrome d'acromicrie, qui serait opposable morphologiquement et pathogénétiquement à l'acromégalie.

M. DECOURT insiste sur le rôle de l'accélération de la croissance, qui aboutit à son arrêt prématuré. Une croissance trop rapide aboutit non pas à un gigantisme, mais à un nanisme. Il faut incriminer une perturbation de la « fonction de croissance » à participation endocrinienne, et non un trouble endocrinien primitif. On arrive de la sorte à la notion d'un état dystrophique, d'un véritable état para-endocrinien constitutionnel.

ROGER PLUVINAGE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 31 mars 1943.

Luxation divergente de l'articulation de Lisfranc. — M. H. BATTEUR. — Rapport de M. MERLE D'AUBIGNÉ.

Hernie diaphragmatique consécutive à un empyème. — M. JEAN DEBEYRE. — Rapport de M. SICARD.

La cure de cette hernie fut pratiquée, après alcoolisation du nerf phrénique, par une laparotomie à laquelle l'auteur combina un abord thoracique en regard de la brèche diaphragmatique. M. Sicard souligne la fréquence de l'empyème dans les antécédents des hernies diaphragmatiques.

Hernie diaphragmatique congénitale droite étranglée. Guérison. — MM. HUGUIER et BERNARD DUHAMEL. — M. HUET insiste sur le caractère exceptionnel de cette observation, où la guérison opératoire se produisit sans incidents.

M. SOUPAULT a récemment opéré une hernie diaphragmatique congénitale droite.

M. JEAN GOSSET rapporte une observation de hernie congénitale gauche de l'estomac étranglée ; une grosse

(Suite page V.)

partie de l'estomac était passée à travers un orifice situé à gauche de l'orifice œsophagien, dont il était distinct.

M. JEAN DUVAL a observé deux cas de hernies diaphragmatiques congénitales : dans l'un des cas, les organes herniés étaient à l'intérieur du péricarde.

M. JEAN QUÉNU, opérant une hernie congénitale gauche, a observé qu'une aplasie identique du diaphragme existait à droite : il est probable que c'est la présence du foie qui fait la rareté des hernies congénitales droites.

A propos du traitement de l'embolie pulmonaire post-opératoire par injection intraveineuse de novocaïne. — M. GEORGES LECLERC, de Dijon. — M. ROUX-BERGER lit cette observation, qui fut un échec.

La fistulisation préventive du grêle dans la chirurgie du côlon et du rectum (discussion). — M. D'ALLAINES pense qu'en chirurgie rectale c'est l'anus à éperon qui doit assurer la dérivation et une fistulisation du grêle est inutile. En chirurgie colique, c'est la seule distension colique qu'il faut éviter : l'iléostomie ne paraît pas particulièrement indiquée ; un drainage de l'intestin juste en amont de la suture intestinale paraît bien préférable.

Au point de vue de la technique, M. d'Allaines, pour les lésions du côlon transverse ou du côlon gauche, emploie soit des opérations en un temps, soit des interventions en deux temps : anastomose d'abord, résection large dans le second temps, donc sans anus artificiel ni extériorisation. Pour les cancers du rectum, l'auteur préconise l'anus temporaire suivi de résection par voie abdomino-sacrée. Pour les cancers recto-sigmoïdiens, il utilise l'opération d'Hartmann dans les mauvais cas et l'exérèse suivie de rétablissement de la continuité par intubation dans les cas favorables.

M. SOUPAULT met en doute l'action de l'iléostomie contre la tension des sutures, mais il insiste sur la diminution des phénomènes de stagnation qu'elle permet.

M. ROUHIER pense que la fistulisation préventive du grêle constitue un artifice précieux mais réservé à des cas exceptionnels.

Présentation d'instruments. — M. HUET.

JACQUES MICHO..

SOCIÉTÉ DE CARDIOLOGIE

Séance du 21 mars 1943.

Syndrome de myocardie guéri après injections de désoxycorticostérone, par MM. ED. DOUMER et JEAN MERLEN (de Lille).

Flutter de longue durée à évolution bénigne chez un enfant, par F. JOLY.

Deux nouveaux cas d'anévrysme disséquant de l'aorte, par MM. DELARUE, FACQUET et HEWITT.

A propos du diagnostic clinique du rétrécissement pulmonaire congénital, par MM. ROUTIER et ESCALLE.

Les formes partielles des dilatations congénitales de l'artère pulmonaire, par P. SOULIÉ, Y. BOUVRAIN et F. JOLY.

Deux cas de dilatation segmentaire congénitale de l'artère pulmonaire, par M. J. LENÈGRE, Mme J. ROUDINESCO et Mlle G. MARQUIS.

Remarques sur les modifications dans le temps des « grosses artères pulmonaires », par D. ROUTIER et R. HEIM DE BALSAC.

Les modifications radiologiques de la silhouette cardio-aortique dans la maladie d'Addison, spécialement sous l'influence du traitement par la désoxycorticostérone, par C. LIAN, J. FACQUET et P. ALHOMME.

Les modifications radiologiques cardio-aortiques dans les néphrites aiguës hydropigènes, par C. LIAN, J. FACQUET et P. ALHOMME.

Syndrome cardio-vasculaire de la néphrite aiguë avec œdème. Présence d'un petit épanchement péricardique, par J. LENÈGRE et A. MINKOWSKI.

Cardiopathies ventriculaires droites d'aspect mitral, par MM. ROGER FROMENT et C.-A. BAUD.

Le syndrome infundibulo-pulmonaire, par MM. ROGER FROMENT et A. GONIN.

Forme spéciale de tachysystolie auriculaire évoluant depuis près de vingt ans chez un sujet jeune, par E. DONZELOT.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 12 novembre 1942.

Deux cas opérés et guéris de hernie discale cervicale avec compression médullaire et syndrome de Brown-Séquard. — MM. Noel Péron, J. Lereboullet, J. Guillaume et Ch. Ribadeau-Dumas apportent deux observations comparables de sujets d'une quarantaine d'années, chez lesquels s'était développée une paraplégie progressive à type de Brown-Séquard, avec troubles radiculaires des membres supérieurs et arrêt du lipiodol. L'intervention montra une grosse hernie discale de la Ve cervicale, dans l'une, de la VIe dans l'autre, avec nodule fibro-cartilagineux très dur, qui comprimait fortement la moelle. Ablation difficile. Guérison.

M. Barré discute le rôle de l'arthrite cervicale. M. de Sèze soutient l'origine discale.

Le coma hypoglycémique spontané. Etude clinique et anatomique (projections). — MM. J. Lhermitte et J. Sigwald rapportent une nouvelle observation de coma hypoglycémique spontané.

Le coma fut d'emblée profond, la glycémie ne dépassait pas 0,30, et la mort survint rapidement malgré la thérapeutique. Comme dans les faits précédents, l'hypophyse, dans sa partie glandulaire, apparaissait réduite, dépouillée de ses éléments chromophiles, et fort épaissie dans sa trame fibreuse. Il existe donc une modalité de coma hypoglycémique en relation avec une carence alimentaire à déterminer, et aussi avec une réduction considérable de l'activité des sécrétions hormonales de l'hypophyse antérieure.

M. Garcin relate des observations semblables, et il insiste sur les sueurs, sur le refroidissement et sur les bâillements ; il signale, après la crise, une légère hypertension artérielle, et quelquefois même une glycosurie passagère, qui semblent traduire une décharge d'adrénaline. Les accidents se produisent pour des taux d'hypoglycémie très variables selon les cas. MM. Thiébaut et Guillaume rappellent la fréquence des accidents d'hypoglycémie chez les anorexiques mentaux traités par l'insuline.

La forme pseudo-angineuse de l'épilepsie bravais-jacksonienne. — MM. Alajouanine, Thurel et Houdart rapportent l'observation d'une femme de cinquante et un ans, qui était sujette à des crises angineuses répétées, souvent accompagnées de fourmillements du poignet gauche et de légère maladresse de la main gauche. Une des crises ayant été suivie de frémissement de la commissure labiale gauche, une encéphalographie fut pratiquée. Cette encéphalographie, qui fut suivie de troubles mentaux et d'hémianopsie gauche, montrait un volumineux méningiome pariétal, que l'on put extraire. Les crises ont disparu.

Anastomose de l'hypoglosse et du facial. — MM. André Thomas et de Ajuriaguerra présentent une femme de soixante et un ans, qui avait été opérée de section de l'auditif pour vertige de Ménière. Le facial ayant été sectionné accidentellement, une anastomose fut établie entre le facial et l'hypoglosse. Après analyse des conséquences physiologiques de l'anastomose, les auteurs concluent que, malgré les imperfections du résultat fonctionnel, l'opération présente des avantages certains chez beaucoup de malades.

Hémiasomatognosie associée à des troubles de la dénervation par tumeur pariétale droite. — MM. H. Hecaen, M. David et R. Franquet rapportent l'observation d'une malade qui présentait une hémiasomatognosie sans paralysie du côté gauche, mais avec contracture du type volontaire du membre supérieur et troubles sensitifs importants (sensibilité épicritique et profonde) du même côté. Il y avait en outre des troubles mentaux : jovialité, état confusionnel. L'intervention révéla un gliome pariétal, qui intéressait surtout la substance blanche du gyrus supramarginalis, et qui laissait indemne FA. L'intervention fut suivie de la disparition des troubles du schéma corporel, mais les troubles mentaux et les troubles sensitifs persistèrent.

L'association des troubles de la dénervation et des troubles du schéma corporel a déjà été mentionnée dans

les lésions pariétales (Pötzl) et dans la catalepsie sénile (Lhermitte et Hecaen).

La dysréflexie vestibulaire croisée. Sa valeur en tant que signe objectif chez certains traumatisés craniens, par M. J.-A. Barré.

Troubles sensitifs et moteurs d'une moitié du corps après traumatisme périphérique. — MM. J.-A. Barré et Rohmer apportent une nouvelle observation qui montre l'apparition lentement progressive, après un traumatisme minime de deux doigts, de faiblesse des autres doigts, puis de tremblements, plus tard de douleurs, enfin d'une légère claudication avec phénomène de la jambe.

Xanthomatose généralisée et paraplégie spasmodique. — M. F. Thiébaut relate l'observation clinique d'un malade qui présente une paraplégie spasmodique associée à une xanthomatose tendineuse contrôlée par la biopsie. Il émet l'hypothèse d'une forme spéciale de la cholestérinose nerveuse.

Accidents phlébitiques et pneumoniques croisés après les opérations de neuro-chirurgie cérébrale. — M. Puech recommande de ne jamais prélever de fragment musculaire destiné à l'hémostase du côté opposé à la lésion chez les opérés de chirurgie cérébrale, cette manœuvre exposant aux phlébites.

M. Guillaume ne croit pas les phlébites fréquentes en neuro-chirurgie. M. Lhermitte a noté leur rareté chez les hémiplégiques.

Les accidents de l'hypotension intracranienne non traumatique. — M. Puech relate une forme neurologique et une forme psychiatrique de ce syndrome, et il apporte une pièce anatomique.

Syndrome neuro-anémique et maladie osseuse de Paget. — MM. Charles Ribadeau-Dumas et Marcel Rouzaud ont constaté, chez une femme de soixante-sept ans, des signes nerveux de sclérose médullaire combinée et une anémie globulaire avec anachlorhydrie gastrique, mais sans mégaloblastose, et qui était normochrome. Ce syndrome neuro-anémique coexistait avec des lésions radiologiques typiques de maladie osseuse de Paget. Il s'agit d'une association morbide, sans étiologie commune. La syphilis n'était pas en cause.

Myélotomie postérieure pour algies post-zostériennes et moignons douloureux. — M. J. Guillaume a pratiqué cette intervention, qui fut préconisée dès 1929 par M. Leriche pour des algies rebelles. Elle permet, par section des fibres commissurales de la moelle, de réaliser une analgésie métamérique correspondant au syndrome douloureux. C'est ainsi qu'il a obtenu une disparition complète d'algies thoraciques post-zostériennes après échec de la radicotomie, qu'il a fait disparaître les douleurs du pied fantôme et l'impression du membre absent chez un amputé de cuisse, et qu'il a supprimé les douleurs du moignon chez un autre amputé de cuisse.

Cette opération a toujours été très bien supportée, et elle permet certaines remarques intéressantes touchant le déterminisme du membre fantôme.

Séance du 7 janvier 1943.

Troubles réflexes périphéro-centraux à type monoplégique d'origine traumatique. — M. J.-A. Barré, à propos de deux nouvelles observations, discute l'origine du syndrome récemment décrit par lui et reprend l'hypothèse, autrefois émise par Babinski et Froment pour les troubles physiopathiques, d'une vaso-contriction réflexe ou même d'une action toxique qui s'exercerait sur les cordons latéraux de la moelle du fait de l'excitation sympathique prolongée.

(A suivre.) J. Mouzon.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Henri Meunier (de Pau) membre correspondant de l'Académie de médecine. — Le Dr Chiffoliau, chirurgien honoraire des hôpitaux.

MARIAGE. — Le Dr A. Lecoanet avec Mlle S. Servais.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme J. Lavat font part de la naissance de leur fils Philippe. — Le Dr et Mme Jardet font part de la naissance de leur fille Catherine.

FACULTÉS

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. Pierre Loygues, professeur d'histologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est déclaré démissionnaire d'office de ses fonctions.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie interne et générale de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand s'ouvrira le lundi 8 novembre 1943 devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie et clinique chirurgicales de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand s'ouvrira le lundi 8 novembre 1943 devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — M. Yardin, professeur suppléant à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, est mis dans la position prévue à l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940 et bénéficiera des dispositions de l'article 2 de ladite loi.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Concours pour une place de chirurgien des hôpitaux, 2e concours. — Liste par ordre de tirage au sort de MM. les membres du jury: MM. les Drs : Meillère, Guimbellot, Baumgartner, Basset, Desmarest, Quénu, Moulonguet, Fey, Sauve, Bazy, chirurgiens.

M. le Dr Fiessinger, médecin.

Concours pour une place de stomatologiste des hôpitaux. — Liste par ordre de tirage au sort de MM. les membres du jury.

MM. les Drs : Fleury, Béliard, Lacronique, Rousseau-Decelle, Lacaisse, Mme Papillon, Crocquefer, stomatologistes

M. le Dr Monier-Vinard, médecin

M. le Dr Maurer, chirurgien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Prix du professeur Bergonié. — A la demande de la veuve du maître, les liquidateurs de la « Fondation Bergonié », les professeurs Laquerrière et Rechou et le Dr Delherm, ont versé à l'Académie de médecine le reliquat des fonds en vue de la création d'un prix bisannuel en mémoire du grand physiothérapeute que fut le maître de Bordeaux.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

CITATION. — On nous prie de faire connaître la citation de M. Maurice Muller :

Citation à l'ordre de l'armée, Muller Maurice, médecin auxiliaire au 232e régiment d'artillerie : « Nature d'élite, au moral magnifique. Retenu et affecté à l'intérieur au retour d'une permission le 15 mai 1940, a réussi, après de multiples démarches, à rejoindre le 9 juin l'état-major du régiment engagé sur l'Aisne, et s'est brillamment comporté pendant les combats et la retraite. Blessé mortellement le 17 juin, a encore trouvé l'énergie de conseiller ses camarades pour les premiers soins à donner aux autres blessés, faisant jusqu'au bout le sacrifice de sa vie dans la fierté du devoir accompli. »

LÉGION D'HONNEUR. — *Chevalier* : MM. les Drs P. Bouvin (Lille) ; R. Duvelder (Boulogne-sur-Mer) ; H. Leroy (Boulogne-sur-Mer).

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Régime des tuberculeux. — A la suite d'un accord intervenu entre le secrétariat d'État au ravitaillement et le secrétariat d'État à la santé, il a été créé, à partir du 1er mai 1943, un régime spécial, intitulé « régime IV », en faveur des tuberculeux titulaires d'un titre de pension de l'Etat à 100 p. 100 et bénéficiaires de l'indemnité de soins.

Ce régime comporte les suppléments ci-après, en sus des attributions alimentaires perçues au titre de consommateurs normaux :

Lait, un demi-litre par jour.

Viande, 45 grammes par jour.

Matières grasses, 15 grammes par jour.

Pâtes alimentaires, 1 000 grammes par mois.

Sucre, 500 grammes par mois.

Pommes de terre, 10 kilogrammes par mois.

Œufs, 8 unités par mois (dans la mesure où les approvisionnements locaux le permettent).

Le régime IV ne pourra, en aucun cas, faire double emploi avec le régime de suralimentation.

Les tuberculeux qui se trouvent actuellement hospitalisés dans les sanatoria et préventoria agréés soumis à la loi du 7 septem-

bre 1919 ne pourront, en aucun cas, obtenir l'attribution de ce régime dont ils sont déjà bénéficiaires.

Assistance à l'enfance. — Une loi, n° 182, du 15 avril 1943, relative à l'assistance à l'enfance, a paru à l'*Officiel* du 21 avril 1943.

Cette loi précise les catégories d'enfants placés soit sous la protection, soit sous la tutelle du service de l'Assistance à l'enfance. Elle traite de la prévention des abandons, des enfants secourus, maisons maternelles, secours de premiers besoins, allocations mensuelles, mode d'admission, pupilles de l'Etat, tuteurs, conseils de famille, cautionnement, gestion des deniers pupillaires, associations d'entr'aide, remise des pupilles à leurs parents, adoption et légitimation adoptive, foyers de pupilles, centres nourriciers, placement familial, rétribution des nourriciers, secret du placement, fréquentation scolaire, apprentissage, placement à gages, surveillance des pupilles, rééducation, enfants protégés, organisation administrative des services et dispositions financières.

Examen de stage clinique des étudiants de première année de médecine en 1943. — Article premier. — L'examen de stage clinique comprend, d'une part, un examen de stage médical et, d'autre part, un examen de stage chirurgical.

Chacun de ces examens porte sur les épreuves suivantes :

a. Une mesure technique ;

b. Un examen séméiologique élémentaire ;

c. La rédaction d'une observation simple, le diagnostic étant connu.

Art. 2. — La valeur de chaque épreuve sera exprimée par une note variant de 0 à 20.

Art. 3. — Le jury de chacun de ces examens est composé du professeur de clinique dans le service duquel le candidat a fait son stage ou, à défaut, du chef de service et de deux agrégés de la Faculté de médecine ou de la Faculté mixte.

Pour les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires, le jury sera composé du chef de service dans le service duquel le candidat a fait son stage, d'un professeur de la Faculté de médecine ou de la Faculté mixte et d'un agrégé ou, à défaut de professeur, de deux agrégés. Le professeur et les agrégés seront désignés par le ministre.

Le jury sera présidé par le professeur de la Faculté ou, à défaut, par le plus ancien des agrégés.

Art. 4. — L'examen a lieu à la fin du stage.

Épreuves d'aptitudes générales à l'exercice de la profession médicale en 1943. — Article premier. — Les épreuves de l'examen d'aptitudes générales à l'exercice de la profession médicale comprennent :

1° La dissection d'un organe ou d'un petit animal ;

2° Une analyse chimique permettant d'apprécier la méthode du candidat ;

3° Le montage d'un appareil de physique, avec mesure correspondante.

Art. 2. — La valeur de chaque épreuve sera exprimée par une note variant de 0 à 20.

Les coefficients suivants sont attribués à ces épreuves :

1° Dissection.............................. 2
2° Analyse chimique........................ 1
3° Montage d'un appareil de physique........ 1

Art. 3. — Le jury dudit examen est composé ainsi qu'il suit :

1° Le doyen de la Faculté de médecine ou de la Faculté mixte ou, en cas d'empêchement, un professeur délégué par le doyen ;

2° Trois professeurs de la Faculté des sciences.

En ce qui concerne les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires, le président, qui sera nécessairement un doyen ou, en cas d'empêchement, un professeur de la Faculté de médecine ou de la Faculté mixte, sera désigné par le ministre. Les trois autres membres du jury seront les professeurs de la Faculté des sciences de l'Université dans le ressort de laquelle se trouve l'école.

Ordre des médecins. — Conseil du Collège départemental de la Seine. — 1° Le président du Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins, le professeur Balthazard, recevra les confrères au secrétariat de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe) : le mercredi, de 10 heures à 12 heures.

Le secrétaire général du Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins, le Dr Lafay, recevra les confrères au secrétariat de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe) : le vendredi, de 17 h. 30 à 19 h. 30, et le dimanche, de 10 heures à 12 heures.

2° *Dernier avis.* — Le trésorier du Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins rappelle aux confrères du département qu'ils doivent s'acquitter de leur cotisation de 1943, dont le montant est de 300 francs (compte chèque postal Paris 3093.01).

Après le 1er juin 1943, une quittance majorée des frais d'encaissement (10 francs), sera présentée à domicile.

COURS ET CONFÉRENCES

Institut de thérapeutique. — Une série de conférences aura lieu sous la direction du professeur Loeper, du 31 mai au 12 juin, tous les soirs, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Ces conférences porteront sur la thérapeutique par les sulfamides et sur la thérapeutique et la prophylaxie par les anatoxines.

Elles seront faites par MM. les professeurs Bolvin, Cathala, Dopter, Harvier, de Lavergne ; les professeurs agrégés Bonnet, Huriez, Sohier, et les Drs Cottet et Nitti.

REVUE DES LIVRES

Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale, par Sainton, Simonnet et Brouha. (*Masson, éditeur*, 1942.)

Cette 2e édition du livre de Sainton, Simonnet et Brouha est, en fait, une œuvre nouvelle, tant elle a été entièrement refondue et tant ont été rapides les progrès réalisés, un peu partout, en ces dernières années.

Les auteurs constatent qu'il y a eu une telle efflorescence de travaux, sur des extraits obtenus par des techniques différentes, avec des résultats divergents, qu'un certain flottement s'est produit pour nombre d'hormones extractives nouvellement décrites.

D'autre part, de nouvelles hormones synthétiques ont été obtenues, et les expérimentateurs qui les ont étudiées en série ont été quelque peu étonnés par les différences d'activité manifestées par des principes de constitution chimique très voisine.

On a, inversement, constaté que certaines substances synthétiques n'existant pas dans l'organisme jouissent de propriétés comparables à celles des hormones, sans qu'on puisse identifier entre elles ces substances, ni saisir le mécanisme de leur stimulation de la fonction glandulaire.

L'étude des corrélations neuro-hormonales a montré, d'autre part, la solidarité qui lie étroitement le système nerveux et le système endocrinien : cette solidarité n'est, d'ailleurs, pas limitée au système nerveux : et l'étude de la réceptivité hormonale des organes et des tissus acquiert chaque jour plus d'importance pour l'interprétation de phénomènes pathologiques et pour l'obtention de résultats thérapeutiques.

En clinique, des syndromes nouveaux, de nouveaux tests ont permis l'interpénétration des points de vue clinique et biologique, et le traitement hormonal a gagné en efficacité et en précision.

C'est, précisément, cette interpénétration qui donne tant de prix à la collaboration intime et indissociable, pour chaque chapitre, d'un Clinicien endocrinologiste aussi éminent que Sainton et de Biologistes aussi unanimement consacrés que Brouha et Simonnet.

Leur magnifique traité, qui, déjà, lors de la 1re édition, avait été, pour beaucoup de médecins, une révélation, nous apporte, avec cette revision, toute la somme des connaissances neuves : celles-ci représentent un des domaines les plus étonnants de la Biologie, un de ceux où les découvertes récentes ont été les plus admirables et les plus riches en applications pratiques.

L'œuvre magistrale de Sainton, Brouha et Simonnet permet d'en mesurer l'extrême importance.

P. Carnot.

Formulaire vénéréologique du praticien, par Georges Levy, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. Un vol. in-8° de 180 pages, avec 19 figures. Prix : 54 francs. (*Doin, édit.*)

L'auteur, fort d'une expérience déjà longue, a entrepris d'indiquer aussi clairement que possible les aspects multiples de la thérapeutique actuelle des maladies vénériennes. Il étudie successivement les traitements de la blennorragie, des végétations vénériennes, du chancre mou, de la maladie de Nicolas-Favre, de la syphilis.

Mieux que tout commentaire, l'indication des têtes de chapitres dira l'intérêt de l'ouvrage.

I. *Traitement de la blennorragie.* — Diagnostics chez l'homme et la femme. — Vulvovaginite des petites filles. — Blennorragie ano-rectale. — Examens de laboratoire. — Tests de guérison. — Prophylaxie. — Traitement curatif. — Traitement des diverses manifestations chez l'homme et chez la femme. — Les suites tardives et leurs traitements, etc...

II. *Traitement des végétations vénériennes.*

III. *Traitement du chancre mou.* — Diagnostic, complications. — Examens bactériologiques et biologiques. — Traitement prophylactique, préventif, curatif.

IV. *Traitement de la maladie de Nicolas-Favre.*

V. *Traitements de la syphilis.* — Les médicaments antisyphilitiques : arsenic, bismuth, mercure, iodure de potassium. — Examens cliniques et de laboratoire. — Tests de guérison. — Traitement de la syphilis acquise : *a.* chez les sujets normaux; *b.* chez les sujets intolérants à diverses médications antisyphilitiques ; *c.* chez les sujets tarés ou âgés. — Traitement de la syphilis héréditaire.

LIBRES PROPOS

A PROPOS DE LA RÉOUVERTURE DE NOS STATIONS DE CURE

Les cures dans nos Stations thermales et climatiques, si gênées par les difficultés d'inter-communication entre les deux zones, sont, à nouveau, rendues possibles, pour le plus grand nombre d'entre elles, par la suppression de la ligne de démarcation.

Il est très important de s'en préoccuper et de renforcer, avec beaucoup de méthode et d'énergie, notre Industrie thermale : elle est, en effet, une des rares branches de notre patrimoine national qui puisse rapidement redevenir prospère : elle ne peut être ni contestée ni détournée puisque c'est le sol même et les eaux et le ciel de notre douce France qui en font la richesse. Elle est donc parmi les premières à remettre en route.

Peut-être l'opinion publique ne songe-t-elle pas assez, au milieu des angoisses de l'heure, que *la paix doit se préparer*, au moins autant que la guerre ; un défaut d'organisation de la paix peut nous être fatal, comme nous l'a été l'impréparation de la guerre...

Aussi l'Académie de Médecine, sur la demande de son active commission des Eaux Minérales, vient-elle d'émettre un vœu pour appuyer l'action de notre dévoué Ministre de la Santé, en vue d'une énergique impulsion donnée à la remise en marche de nos Stations.

Le Comité d'organisation de l'Industrie du thermalisme, créé au Secrétariat d'État à la Famille et à la Santé d'une part, à celui des Communications d'autre part, et que dirige, avec sa vaillance et sa compétence habituelles, notre collègue et ami Flurin, fait déjà de bonne besogne. Aussi lui avons-nous demandé quelques précisions sur l'état actuel de nos Stations, à l'ouverture de la saison : ce sont les documents que nous a fournis le dévoué Dr Janot que nous allons utiliser, en insistant principalement sur les desiderata encore existants.

Les difficultés actuelles de cure dans nos Stations tiennent à plusieurs causes :

1° *La présence, dans les Stations, des médecins et de leurs aides habituels* a déjà reçu, les années précédentes, en grande partie, satisfaction. Mais beaucoup plus facilement aujourd'hui, avec les inter-communications dans toute la France, ces questions sont maintenant résolues : chacun de nos confrères hydrologues et climatologues sera, à temps, à son poste.

2° *La question du logement dans les Stations* (surtout dans quelques-unes d'entre elles, et, malheureusement, les plus importantes) est, par contre, toujours très défectueuse et très mal réglée : c'est principalement pour leur libération que doivent s'exercer, *d'urgence*, les qualités d'habileté manœuvrière et de bonne humeur de notre Ministre, vis-à-vis de ses Collègues du Gouvernement :

Certaines Stations ont été, en effet, presque complètement accaparées par des Services administratifs, qui restent installés dans les hôtels et pensions, sans nécessité absolue : car ils pourraient, maintenant, se transporter ailleurs, voire même à Paris.

Vichy, Vittel, Royat, Bagnoles, Pougues souffrent particulièrement de ces réquisitions, qui rendent le logement des curistes difficile et inconfortable, parfois même inexistant : c'est grand dommage ! Un énergique effort doit être tenté pour faire évacuer les hôtels, occupés par des réfugiés, des internés politiques, des étrangers, ou par des bureaux français qui y sont mal et y gênent tout le monde...

Vittel et Vichy surtout risquent de rester, cette année encore, indisponibles (ou presque), si des interventions efficaces ne modifient, dès maintenant, l'état actuel.

Royat s'ingénie à élargir des capacités bien restreintes. Châtel-Guyon, Évaux, etc., devraient être libérés...

Les autres stations, par contre (Aix, Évian, Contrexéville, Le Mont-Dore, La Bourboule, Plombières, Uriage, etc.), sont en état de recevoir leurs contingents de malades habituels.

Ce problème des hôtels et des pensions est un des plus urgents et des plus délicats. Mais, avec de la patience, de la bonne volonté et de la ténacité, on doit obtenir, pour le moins, de grosses améliorations, et dès l'ouverture de la saison.

3° *La question du ravitaillement* est, par contre, en très bonne voie de solution, grâce aux actives interventions du Comité d'organisation de l'Industrie du thermalisme : Les curistes sont assurés d'être sinon abondamment, du moins très convenablement nourris. Ils auront aussi le bon air, le soleil et l'altitude qui remédient à bien des carences.

4° Les *transports* sont, actuellement encore, très difficiles, de par le manque de matériel ferroviaire et automobile.

Ici encore, une intervention énergique devrait améliorer la situation en favorisant le transport de ceux qui, sur certificat médical, sont considérés comme exigeant l'opportunité d'une cure.

S'il y a trop de difficultés de place et d'encombrement dans les trains ordinaires, des trains de malades groupés pourraient être organisés (comme la Croix-Rouge l'a fait pour les enfants, et à la satisfaction de tous) : il y aurait ainsi des trains périodiques de curistes (comme il y avait, jadis, des trains pour Lourdes), et desservant toute une région thermale.

5° La plupart des Stations sont redevenues perméables à toutes les catégories de malades.

Les Stations des Pyrénées ont été, récemment, englobées dans une zone nouvelle réservée, contiguë à la frontière : Cauterets, Les Eaux-Chaudes, Les Eaux-Bonnes, Argelès-Gazost, Barèges, Luchon, Ax-les-Thermes, Ussat, Amélie-les-Bains, Vernet, Aulus et Le Boulou appartiennent à cette zone. Mais, sur les instances du Comité de l'Industrie du thermalisme et avec beaucoup de bonne volonté, un régime spécial a été accordé : accès facile pour les femmes, les enfants et les hommes au-dessous de seize ans et au-dessus de soixante. On ne désespère pas de voir ce régime encore amélioré.

Par contre, les stations côtières, quelles qu'elles soient, demeurent interdites, et, d'ailleurs, elles risqueraient d'être dangereuses.

6° C'est principalement pour les enfants et les adolescents que nous voudrions voir s'organiser, très méthodiquement, les envois et les évacuations des grandes villes et des banlieues sans sécurité. Les enfants débilités par la sous-alimentation et par le nervosisme, arrêtés dans leur croissance et leur développement, guettés par les infections ambiantes, devraient être dirigés systématiquement vers nos différentes stations (celles de montagne, notamment), dans le Plateau central, dans les Alpes, dans les Vosges et les Pyrénées.

On a raccourci pour eux la durée des études scolaires : dès la fin de juin les Écoles primaires et dès le début de juillet les Écoles secondaires seront mises en vacances : il y aurait lieu de profiter de ces mesures, excellentes, de sécurité. Si l'évacuation à la campagne est déjà bien, l'évacuation dans les stations hydrominérales et climatiques serait beaucoup mieux encore, d'autant que les soins médicaux y sont organisés, pour tous ceux dont l'organisme risque de chanceler à l'âge et à l'époque les plus critiques. Un triage préalable pourrait désigner, dans les Écoles, les enfants à même de bénéficier de telle ou telle Station ; leur encadrement par des instituteurs comme assistants sociaux est une excellente innovation. Une organisation locale pourrait distribuer les petits curistes chez l'habitant si nécessaire (comme il a été fait, excellemment, en Creuse, ces temps-ci, pour les petits évacués de la région parisienne).

7° On ne saurait trop insister sur la nécessité d'une vigoureuse remise en marche de notre armement sanitaire dans les belles Stations de cure françaises.

Les soins urgents de santé, pour une population dénutrie et exposée à toutes les contagions, rendent plus impérieuse encore cette nécessité.

Mais l'importance économique de nos Stations doit nous inciter tous, chacun à son poste, à remettre en route et à améliorer encore une de nos richesses nationales les plus utiles pour nous aider à remonter la pente...

PAUL CARNOT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 avril 1943.

M. le Président annonce le décès de M. Estor (de Montpellier), correspondant national.

Quelques conséquences de l'alimentation actuelle chez l'enfant. — M. L. Ribadeau-Dumas souligne la fréquence actuelle d'un syndrome clinique lié à des troubles digestifs : tension épigastrique, émission de gaz en quantité anormale, selles énormes, mictions nombreuses, souvent incontinence d'urine. L'abdomen est gros, tendu, sonore. La colite se constitue rapidement. Au point de vue général, la croissance est ralentie.

Le trait commun à tous ces cas est le trouble alimentaire actuel, où l'on relève la consommation en quantité excessive de cellulose, surtout d'orthocellulose. La ration est déjà pauvre en calcium, et l'augmentation de la cellulose indigeste dans le régime est suivie d'une élimination excessive de Ca, le P n'étant que peu influencé. Il semble bien que le régime des crudités ou des fruits et des légumes, surtout des légumes, entraîne une mauvaise régulation hydrosaline avec hypochlorémie, hyperpotassémie, polyurie et déshydratation.

Il n'y a de remède efficace que dans une alimentation variée et équilibrée, les vitamines données à profusion ne pouvant à elles seules modifier les erreurs alimentaires. Cependant, parmi les auxiliaires qui ont été proposés, il y a lieu d'insister sur l'effet favorable des fromages et des biscuits caséinés enrichis de sels de calcium.

Instruments anticonceptionnels et d'avortement. — MM. Balthazard et Sureau.

Syphilis gangreneuses. Inconstance du protéus. Importance du terrain. — MM. Gougerot et A. Basset signalent l'accroissement de fréquence des gangrènes syphilitiques, leur gravité actuelle, leurs récidives malgré des traitements qui, chez d'autres malades, seraient suffisants, récidives se faisant suivant le même processus gangreneux, semblant prouver des virus spécialisés vasculotropes. Surinfection bactérienne par le *Bacillus gangrenæ cutis* du groupe des protéus inconstants (trois cas seulement sur sept) ; importance du terrain ; fluctuations de l'allergie : au début anallergie, puis hyperallergie.

Contribution à l'étude de la flore intestinale des doryphores. — MM. A. et R. Sartory.

Vacances de Pâques. — La prochaine séance aura lieu le 4 mai.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 6 mai 1943.

Les modifications apportées à l'épreuve de diurèse provoquée par l'ingestion simultanée de chlorure de sodium. — MM. J. Decourt, A. Brault et F. Verliac. — A l'état physiologique, l'ingestion de sel, associée à l'ingestion d'eau, réduit régulièrement la diurèse aqueuse. La diminution des urines est proportionnelle à la quantité de sel ingérée. Il en résulte une augmentation de la densité urinaire par rapport à l'épreuve de la diurèse simple. Mais le débit du chlorure de sodium n'est pas accru de façon appréciable, car le sel est retenu avec l'eau. Ces faits, confirmant une notion connue, permettent de chiffrer le degré de rétention hydrochlorurée dans des conditions expérimentales déterminées, et d'étudier comparativement les cas pathologiques.

Les troubles de la régulation hydrochlorurée dans la maladie de Cushing. — MM. J. Decourt, A. Brault et R. Bastin montrent que l'on observe dans la maladie de Cushing un trouble très particulier de la régulation hydrochlorurée, qui se traduit par une inversion du rapport nycthéméral de l'élimination de l'eau et du chlorure de sodium. Le retard de l'élimination de l'eau n'apparaît que dans l'orthostatisme, et persiste avec la déchloruration du régime. Le retard de l'élimination chlorurée paraît indépendant de tout trouble fonctionnel rénal, et sans doute commandé par un dérèglement hormonal, sans que l'on puisse préciser s'il faut invoquer

(Suite page III.)

l'excès d'hormone cortico-surréuale ou post-hypophysaire. Il est possible d'ailleurs que le trouble primitif doive être recherché dans l'altération d'un centre nerveux commandant la régulation hydrochlorurée, et dont les sécrétions hormonales ne seraient que les agents d'exécution.

Malformation congénitale du foie. — M. CATHALA rapporte l'histoire d'un jeune homme chez qui la radiographie montra une image arrondie dans l'angle cardio-hépatique droit, ayant tout d'abord fait penser à un kyste hydatique pulmonaire. Le pneumo-péritoine montra qu'il s'agissait, en réalité, d'une tumeur hépatique. A l'intervention, au lieu de la tumeur escomptée, on trouva une grosse bosselure de la face supérieure du foie, ayant déterminé une sorte de loge dans le diaphragme. Il s'agit donc là d'une malformation hépatique. L'auteur insiste sur le caractère trompeur des réactions biologiques qui avaient fait porter, en raison de leur positivité, le diagnostic de kyste hydatique.

M. RIST estime que les parasitoses intestinales sont la cause d'erreur la plus fréquente dans les réactions de la cysticercose.

Crise hémolytique aiguë avec anémie, hémoglobinurie et azotémie mortelle. — MM. J. CATHALA, CH. VAILLE et MILLIER relatent un cas d'hémoglobinurie analogue à ceux sur lesquels M. Brulé a récemment attiré l'attention. Il s'agissait d'un garçon de dix ans, pris brusquement de douleurs abdominales, avec ictère et urines noires, expression d'une grande crise hémolytique qui entraîna la mort le septième jour avec azotémie à 8gr,76, sans albuminurie importante. L'examen histologique du rein montra surtout des lésions de néphrite tubulaire diffuse.

Crise hémolytique avec hémoglobinurie et néphrite azotémique. Guérison. — MM. J. CATHALA et CH. VAILLE présentent un second cas du même syndrome hémolytique avec hémoglobinurie et azotémie qu'ils ont pu examiner chez une fillette de douze ans. La maladie a commencé par des vomissements et surtout des selles très fréquentes. Alors que les troubles intestinaux étaient en voie d'amélioration, l'état général est resté très atteint par l'entérocolite. C'est la teinte noire des urines qui attira l'attention et l'examen permit de constater une albuminurie considérable de 29 grammes par litre, l'azotémie était de 2gr,65. L'évolution se fit progressivement vers la restauration des fonctions rénales, néanmoins, un mois après, l'azotémie était encore à 0gr,58.

Dans ces deux cas l'enquête étiologique la plus minutieuse s'est montrée absolument négative. L'analyse des farines consommées par les enfants n'a pas permis de déceler la présence de farine de fèves. Ces enquêtes négatives ne permettent pas de nier le favisme, elles permettent encore moins de l'affirmer, et l'on ne peut que rester réticent sur la pathogénie.

M. HUBER a observé un cas analogue après ingestion de farine de févettes. Certaines farines peuvent contenir des glucosides toxiques, mais on s'explique mal qu'un seul des membres d'une famille soit touché.

M. FIESSINGER pense que le pain peut éventuellement être responsable de ces accidents.

M. MOLLARET estime lui aussi que la farine de fèves entre dans la composition de la pâtisserie actuelle, et souligne l'aspect très différent des accidents observés sur une vaste échelle dans le Proche Orient après consommation de farines analogues.

M. FLANDRIN rappelle que de nombreuses populations utilisent les fèves depuis des siècles, sans que des accidents semblables aient été signalés.

M. CATHALA indique les faits auxquels se heurtent les théories allergiques de ces accidents et se demande si le favisme est toujours en cause et seul en cause.

Fréquence de l'énurésie. Rôle du milieu social et du sexe. — Mme ROUDINESCO rapporte des statistiques d'où il ressort que l'énurésie est d'autant plus fréquente que le milieu social est plus pauvre et a moins de dispositions pour les études intellectuelles. Elle est aussi particulièrement fréquente dans les antécédents des enfants qui viennent à la consultation de neuro-psychiatrie infantile.

(A suivre.) ROGER PLUVINAGE.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Mme J.-L. Deschamps, épouse du Dr J.-L. Deschamps (de Paris). — Le Dr Georges Boutin, directeur des Laboratoires Henry Rogier, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre. Nos condoléances attristées. — Le Dr Rameix (de Moncontour-de-Poitou). — Le Dr Lucien Stéphani, chirurgien à Reims. — Le professeur Sergent, membre de l'Académie de médecine, membre correspondant de l'Académie des sciences. Il avait été récemment promu grand officier de la Légion d'honneur, et les insignes lui avaient été remis il y a quelques jours par le Dr Grasset, secrétaire d'État à la Santé.

MARIAGES. — Le Dr R. Béghin (de Lille), avec Mlle S. Carlier. — Le Dr G.-F. Bonnet, médecin consultant à Vichy, avec Mme M. Goutal. — M. Raymond Méheut, fils du Dr Méheut, avec Mlle Monique Chaudoye. — Le Dr B. Metzquer avec Mlle Suzanne Eliot, diplômée en pharmacie. — Le Dr Jacques Bernot, chef de clinique médicale à l'École de médecine de Dijon, avec Mlle Simone Laëthier.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme R.-G. Faure font part de la naissance de leur fille Marie-Édith-Marguerite. — Le Dr et Mme R. Durousseau-Dugontier, font part de la naissance de leur fille Pascale. — Le Dr et Mme J. Lasterade de Chavigny font part de la naissance de leur fils Claude. — Le Dr et Mme J. Debu font part de la naissance de leur fils Régis. — Le Dr et Mme A. Dufour font part de la naissance de leur fils Alain. — Le Dr et Mme A. Fleurant ont part de la naissance de leurs filles Édith et Françoise.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Aumont est affecté en qualité de médecin inspecteur adjoint de la Santé en Seine-et-Oise. — M. le Dr Gueunier est affecté en qualité de médecin inspecteur adjoint de la Santé dans le département de la Haute-Vienne. — M. le Dr Renard, médecin inspecteur de la Santé de Seine-et-Oise, a été détaché auprès de l'Institut national d'Hygiène pour une durée de cinq ans. — Mlle le Dr Louard a été nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé des Basses-Pyrénées, au maximum pour la durée des hostilités. — M. le Dr Theil, médecin inspecteur de la Santé de la Seine, a été mis en disponibilité, sur sa demande, pour une période de cinq ans, à compter du 1er mai 1943.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le professeur Lapeyre est transféré de la chaire de gynécologie dans la chaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Riche, admis à la retraite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — La chaire de thérapeutique de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est déclarée vacante (dernier titulaire : M. Abel, transféré).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale et de pathologie externe s'ouvrira, le lundi 15 novembre 1943, devant la Faculté de médecine de Paris.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de nomination pour trois places de médecins des hôpitaux. — *Epreuve de titres.* — Liste dans l'ordre du tirage au sort de MM. les Membres du jury.

MM. les Drs Levesque, Lemierre, Kourilsky, Clément Launay, Michaux, Heuyer, Chiray, Maurice Renaud, Decourt, Gautier, Jacquet, médecins ; M. Aurousseau, chirurgien.

Concours pour trois places de médecin des hôpitaux (deuxième épreuve d'admission). — Liste de MM. les Membres du jury, par ordre de tirage au sort. MM. les Drs Janet, Cachera, Alajouanine, Lereboullet (Pierre), Pagniez, de Sèze, Ravina (André), de Gennes, Lian, Lenègre, Degos, Weissenbach.

Médecins des hôpitaux de Paris. — Trois places. Concours de nomination.

Classement des candidats : 1. M. Brouet ; 2. M. Mahoudeau ; 3. *ex æquo* : MM. Albert Netter et Lafitte.

Une épreuve supplémentaire a eu lieu pour la troisième place, qui a été attribuée à M. Lafitte.

Assistants d'obstétrique des hôpitaux de Paris. — Trois places. Sont nommés : MM. Robey, Jamain et Bret.

Concours pour la nomination de six médecins adjoints des dispensaires de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, pour la région parisienne. — Ce concours sera ouvert le 28 juin 1943, à 9 h. 30, dans la salle de conférences de l'Institut Alfred-Fournier.

Inscriptions à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), dans les conditions prescrites par le règlement, du 29 mai 1943 au 5 juin inclus, de 10 heures à midi.

Le jury sera tiré le 7 juin, à 11 heures, à l'Institut Alfred-Fournier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE BIOLOGIE CLINIQUE. — La Société française de biologie clinique, nouvellement créée, tient ses séances, 60, boulevard de Latour-Maubourg, le quatrième jeudi de chaque mois, à 17 h. 30. Cette société, qui groupe déjà plus de 400 membres parmi lesquels se trouvent de nombreux maîtres des Facultés de médecine et de pharmacie de Paris et de province, a à la tête de son comité de direction le professeur Polonovski.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR. — *A la dignité de grand officier* : M. le professeur Sergent, professeur honoraire à la Faculté de médecine.

ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier* : M. le Dr Henri Govy (de Brest).

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Médecins de la Marine marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine (Laboratoire d'hygiène, 15, rue de l'École-de-Médecine), le 21 juin 1943 et jours suivants.

Les dossiers des candidats devront être adressés *vingt jours à l'avance* au Secrétariat d'État à la Marine et aux Colonies (Direction des gens de mer), 3, place de Fontenoy, Paris (VIIe).

Aucune convocation individuelle ne sera adressée aux candidats.

La demande devra être établie sur papier timbré et revêtue, en outre, d'un timbre fiscal de 20 francs pour droits d'inscription.

COURS ET CONFÉRENCES

Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale. — Dix leçons sur la chirurgie du tube digestif, des glandes annexes et de la rate, sous la direction de M. le professeur SÉNÈQUE ; MM. CL. OLIVIER et M. ROUX, prosecteurs.

Ouverture du cours le lundi 7 juin 1943, à 14 heures.

Jeudi 10 juin. — La gastrectomie selon le procédé de Hofmeister-Finsterer (professeur agrégé Ménégaux).

Vendredi 11 juin. — Le traitement chirurgical des ulcères difficiles du duodénum (Dr Redon).

Samedi 12 juin. — Gastrostomie et gastro-entérostomie (Olivier).

Mercredi 16 juin. — La chirurgie des splanchniques dans ses applications aux maladies gastro-intestinales (professeur agrégé Sicard).

Jeudi 17 juin. — Les difficultés de la chirurgie de la litbiase biliaire (professeur Cadenat).

Vendredi 18 juin. — Chirurgie de la rate et du pancréas (Dr Welti).

Samedi 19 juin. — Iléostomies et anus contre nature (Roux).

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, guichet no 4, tous les matins, de 10 à 12 heures, et les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

REVUE DES LIVRES

Les traumatismes du bassin (fractures et luxations), par C. LEPOUTRE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Lille, avec 22 figures dans le texte et 43 planches hors texte. (Publication du *Journal des Sciences médicales*, Lille, 1942.)

Cet important travail est basé sur 150 observations provenant des archives des compagnies minières et sur 20 observations du service chirurgical de l'auteur. Il est accompagné de nombreuses figures dans le texte et de 43 planches radiographiques hors texte dont la lecture est fort instructive.

En raison des circonstances, le texte est plus court que l'auteur ne l'eût désiré, mais tel qu'il est il présente un grand intérêt. Il apporte des notions nouvelles telles que la fréquence de la fracture simultanée de l'aileron sacré et de l'apophyse transverse de la cinquième lombaire correspondante, telles aussi que la fracture complète du cotyle avec luxation extra-pelvienne de la tête du fémur.

Des conclusions pratiques rendront service aux lecteurs, Lepoutre ayant indiqué, après la description des divers types de fractures et de leur traitement de choix, la durée de l'incapacité totale de travail et le taux de l'incapacité permanente partielle.

ALBERT MOUCHET.

L'acide phosphorique (Die Phosphorsäure) (Travaux sur des questions concernant l'acide phosphorique). Tome 1, 2e et 3e fascicules ; deux volumes de 69-214 pages. (*Deutsche Verlagsgesellschaft m. b. H.*, Berlin, 1942-1943.)

Le deuxième fascicule groupe un ensemble de travaux très actuels sur l'action de l'acide phosphorique sur la culture des plantes alimentaires, en particulier du soja, sur les étangs poissonneux, etc. Le troisième est consacré au centenaire de la naissance de Paul Wagner, chimiste auquel doivent beaucoup l'agriculture allemande et l'industrie des engrais chimiques.

F.-P. MERKLEN.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

NOUVELLE RÉGLEMENTATION DES HOPITAUX ET HOSPICES PUBLICS

Le *Journal officiel* des 26, 27 avril 1943 publie e décret n° 891, du 17 avril 1943, portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

Ce décret, qui remplit quinze pages du *Journal officiel*, vise notamment tous les établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux et interdépartementaux. Il ne s'applique pas aux établissements de caractère national.

Le titre I a trait à l'organisation hospitalière.

Le titre II arrête les conditions de fonctionnement des établissements hospitaliers (commission administrative, commission médicale consultative, répartition des lits, conditions d'admission, malades payants, vieillards et incurables payants, conditions de sortie, régime intérieur, consultations externes, aliénés, service médical.

Titre III, personnel administratif et secondaire des hôpitaux et hospices publics.

Titre IV, personnel médical et pharmaceutique. Ce personnel se compose, suivant l'importance de l'établissement :

1° De médecins, chirurgiens, spécialistes gynécologues-accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes, ophtalmologistes, électro-radiologistes, stomatologistes, chefs de laboratoire de biologie médicale ;

2° D'assistants en médecine, en chirurgie ou en spécialités ;

3° D'assistants d'anesthésie ;

4° D'internes en médecine, en chirurgie ou en spécialités ;

5° D'externes.

Le personnel pharmaceutique se compose :

1° De pharmaciens ;

2° D'internes en pharmacie.

Les hôpitaux visés aux chapitres III et IV du présent titre peuvent en outre occuper des chirurgiens-dentistes.

Les médecins, chirurgiens, etc., sont responsables du personnel de leur service sur lequel ils ont autorité. Les chirurgiens et spécialistes doivent en principe procéder eux-mêmes aux opérations de quelque importance. Ils peuvent confier certaines opérations à leurs internes sous leur surveillance directe et leur responsabilité.

Le décret précise les obligations de chaque catégorie du personnel médical.

Le chapitre II est relatif aux hôpitaux et groupements hospitaliers des villes, sièges d'une faculté ou d'une école de plein exercice. Le chapitre III est relatif aux hôpitaux et groupements hospitaliers situés dans une ville où ne siège ni une faculté ni une école de plein exercice, mais qui sont soumis, en raison de leur importance, à des prescriptions spéciales. Le chapitre IV est relatif aux hôpitaux de moindre importance. Le chapitre V, aux hospices.

Dans chacun de ces chapitres sont précisées les conditions de nomination par concours du personnel médical, ainsi que les questions relatives aux honoraires, aux mesures disciplinaires, à la disponibilité, à la démission, à la limite d'âge (soixante-cinq ans pour les médecins chirurgiens, spécialistes, assistants) et à l'honorariat.

Notons que les médecins, chirurgiens, spécialistes, assistants, ainsi que les internes, internes en premier et externes, portent leur titre suivi obligatoirement du nom de la ville siège de la faculté ou école ou siège de l'hôpital. Les anciens médecins, chirurgiens, etc., sont soumis à la même règle sous certaines conditions de durée de fonctions.

Les titres V et VI, qui terminent le décret, sont consacrés l'un au prix de la journée, le dernier aux conventions avec les établissements privés pour soins particuliers.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mai 1943.

Jus de fruits et jus de légumes. — M. MARTEL.

Action des sulfamides sur les cultures de tissus. Rôle de l'oxydation dans leur action bactériostatique. — MM. J. VERNE, A. VERNE, G. MÉNÉGAUX et P. DUREL. — Il résulte des recherches des auteurs que :

1° Les sulfamides n'entravent pas la croissance des tissus en culture, sauf aux très fortes concentrations ;

2° L'action bactériostatique des sulfamides ne se manifeste qu'en milieu largement aérobie. Elle est si nette que le tissu continue à pousser comme si la culture n'avait pas été infectée (au streptocoque) ;

3° L'oxydation directe des sulfamides (par MnO^4K et par H^2O^2) favorise leur action bactériostatique même en l'absence de milieu largement aérobie ;

4° Bien que les constatations de Woods et Fildes tendent à expliquer l'action des sulfamides non par une transformation en un produit d'oxydation, mais par une action de substitution sur les facteurs de croissance des microbes, le rôle favorisant de l'oxydation est évident.

Sur la présence de substances vaso-constrictives dans le pain au cours de la période de « soudure 1942 ». — MM. H. HERMANN et VIAL. — Les méfaits attribués au pain, et notamment la production de troubles circulatoires, si fréquemment observés actuellement, ont amené les auteurs à rechercher s'il existe des substances vaso-constrictives dans cet aliment tel qu'il est livré aux consommateurs.

Il leur apparaît qu'à l'époque de la soudure 1942 le pain vendu dans les boulangeries de Lyon a bien contenu, en quantités appréciables, des substances constrictives et hypertensives. Leur origine n'est pas ergotique ; il est vraisemblable qu'elles proviennent de l'adjonction à la farine d'issues de provenance et de fraîcheur diverses.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mai 1943 (suite).

Léontiasis. Hypertrophie hypodermique congénitale de la face chez une fillette de dix ans. — MM. R. CLÉMENT, COMBES-HAMELLE et Mlle SCHWEISGUTH présentent une fillette qui, depuis sa naissance, a un facies léonin très marqué, dû à l'épaississement des tissus mous de la face, qui réduit les yeux à une fente, empâtent le nez, augmentent les lèvres. Cette infiltration se retrouve au niveau du voile du palais et de l'épiglotte. La peau fine, de couleur et de réactions vaso-motrices normales, ne prend pas le godet. Les radiographies ne montrent pas les stigmates osseux de la *Leontiasis ossea*. Il n'existe aucun signe neurologique qui permette de penser à un trophœdème. Par ailleurs, il semble que l'on puisse éliminer le myxœdème. En somme, il paraît s'agir d'une hypertrophie congénitale localisée due à une dysgenèse.

M. FLANDRIN critique le terme de léontiasis.

Petite lacune juxta-cardiaque révélatrice d'un polyadénome gastrique avec cancérisation « in situ ». — MM. G. ALBOT, A. SICARD, I. BERTRAND et R. LE CANNET rapportent le cas d'un polyadénome en nappe qui présentait une transformation histologique cancéreuse au fur et à mesure de sa croissance. Ce mode évolutif particulier permet de penser que l'adénome peut n'être que le stade transitoire du développement d'une tumeur maligne. Certains cancers végétants passent peut-être par un court stade de polyadénome, et, si le malade n'est pas opéré précocement, comme dans le cas présent, le diagnostic d'épithélioma est seul possible. Dans ce cas, le diagnostic de cancer au début a été porté sur l'existence d'une petite lacune de la petite courbure sous-cardiaque et sur son accentuation après test thérapeutique, bien que les signes fonctionnels se soient améliorés. La situation juxta-cardiaque de ce cancer créait une particulière gravité, jusqu'ici les tumeurs de ce type n'ayant pu être extirpées. Ici une gastrectomie très large, ne conservant que la grosse tubérosité, a été possible.

Sur un cas de dysostose cranio-faciale de Crouzon avec glaucome bilatéral. — M. GRENET présente une observation de M. Naud, concernant un enfant complètement aveugle. L'examen radiographique montre des empreintes cérébriformes très accusées, la diminution de profondeur des cavités orbitaires et un écrasement de la selle turcique. Les sutures lambdoïdes seules sont visibles. Il existe, en outre, un glaucome infantile bilatéral avec ophtalmie. L'exophtalmie considérable dépend à la fois de la malformation orbitaire et de la distension et du volume des globes. On peut se demander si, dans ce cas, la syphilis ne doit pas être incriminée à l'origine de la dysostose et du glaucome.

ROGER PLUVINAGE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril 1943.

Gangrène cutanée progressive et spontanée. —MM. LUCIEN LÉGER et MICHEL GAULTIER. — Rapport de M. WILMOTH.

Mono-adénopathie tuberculeuse géante du cou. — M. PETRIGNANI. — Rapport de M. ANDRÉ RICHARD, qui discute la place qui doit être faite à l'hypothèse de la nature tuberculeuse de cette lésion. M. LOUIS BAZY rappelle l'existence fréquente des lésions tuberculeuses amicrobiennes en apparence.

La médication iodo-sulfamidée dans les infections. — M. LEGROUX préconise l'emploi de l'iodo-protide, association d'iode et d'iodure de sodium avec des protides, qui s'est montrée le plus efficace. Au point de vue des sulfamides, M. LEGROUX conseille le 1162 F. Il faut toujours donner au moins 10 grammes de sulfamides par vingt-quatre heures au début ; les doses d'iode métalloïdique sont de 1gr,50 à 6 grammes. La solution d'iodo-protides contient 0gr,40 d'iode métalloïde par centimètre cube. Avant de diminuer les doses, il faut avoir la preuve par les signes locaux et généraux que l'infection est jugulée. Il est bon de faire après la guérison des cures de consolidation pendant un à deux mois.

Cette thérapeutique est préconisée pour lutter contre les infections, quelle que soit leur nature microbienne, lorsqu'il existe autour de la lésion une zone nécrosée.

Traitement des affections graves à staphylocoques par la médication iodo-sulfamidienne. — J. PERVES, associé national, et R. PIROT.

Les auteurs apportent le résultat de leurs applications de la méthode de Legroux pratiquées depuis plus d'un an à l'hôpital maritime de Toulon.

Une première série de cas comporte cinq septicémies, dont l'une avec ostéomyélite aiguë du tibia, une périnéphrite et trois ostéomyélites.

La mort n'est survenue que dans un cas de septicopyohémie traitée beaucoup trop tardivement.

Dans tous les autres cas, l'effet de freinage de l'infection a été manifeste, permettant la guérison avec un minimum d'interventions chirurgicales. Le traitement paraît pouvoir éviter la séquestration massive et les diaphysectomies dans les ostéomyélites.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'employer d'emblée et avec ténacité des doses journalières très fortes d'iode (2 à 3 grammes) et de sulfamide (10 à 12 grammes) en cures successives séparées par de courtes périodes de repos.

La médication est très bien supportée par les malades. Il est indispensable d'intervenir chirurgicalement pour évacuer le pus et les tissus nécrosés selon les règles habituelles, le traitement ne servant qu'à maintenir l'infection en sommeil, et à permettre à l'organisme de la vaincre plus facilement. On ne perdra pas de vue la ténacité des infections à staphylocoques et un traitement de consolidation sera indiqué à la période de convalescence.

En résumé, la méthode de Legroux apporte aux chirurgiens, dans le traitement des infections à staphylocoques, une aide très efficace, supérieure à celle de tous les traitements connus jusqu'à présent.

M. LARGET rapporte une observation de gangrène cutanée progressive guérie par le traitement iodo-sulfamidé après échec des sulfamides seuls.

M. TRUFFERT a eu de bons résultats dans 4 cas, l'un d'ostéomyélite du frontal, deux autres d'ostéomyélite du maxillaire inférieur, le dernier d'ostéomyélite de l'os malaire.

M. JEAN QUÉNU a obtenu un succès dans un cas d'arthrite suppurée du genou avec état septicémique.

M. LEVEUF insiste sur la définition exacte de la septicémie ; une seule hémoculture positive en particulier dans l'ostéomyélite ne signifie pas septicémie.

M. FÈVRE se montre satisfait de la thérapeutique iodo-sulfamidée dans les ostéomyélites.

Présentation de malade. — M. SAUVAGE.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Bellet (de Barfleur). — Mme G. Bureau, épouse du Dr J. Bureau (de Pont-l'Evêque). — M. Albert Ranson, docteur en pharmacie, directeur des Laboratoires Ranson. Nos bien sincères condoléances.

FIANÇAILLES. — M. Rémi Gérard-Marchant, externe des hôpitaux, fils du Dr Gérard-Marchant, chirurgien des hôpitaux, et Mlle Denise Roux.

MARIAGES. — Mlle J. Drouet, fille du Dr G. Drouet (de Paris), avec M. Vaidis. — Mlle Edith Courty, fille du Dr Courty (de Lille), avec M. Lehembre.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme M. Oudot font part de la naissance de leur fille Annick. — Le Dr et Mme Destouches font part de la naissance de leur fils Michel. — Le Dr et Mme J. Lerond font part de la naissance de leur fille Colette.

SANTÉ PUBLIQUE

Inspection de la Santé. — M. le Dr Spilmann, médecin inspecteur de la Santé de la Haute-Marne. a été nommé médecin inspecteur de la Santé de la Seine, en remplacement de M. le Dr Theil, mis en disponibilité sur sa demande.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Sicard, agrégé, a été nommé sous-directeur des travaux pratiques de médecine opératoire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Sont nommés agrégés : MM. Saric et Duharry (médecine générale). M. de Grailly, agrégé, est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique et microscopie clinique.

FACULTÉ DE TOULOUSE. — M. Gadrat a été chargé des fonctions de chef des travaux d'hygiène.

M. Géraud a été chargé d'un cours complémentaire de médecine expérimentale.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ A LYON. — Le concours s'ouvrira en 1943 dans les conditions suivantes :

1° Epreuves écrites à Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse et Clermont-Ferrand pour la zone Sud ;

Paris, Bordeaux et Rennes pour la zone Nord.

2° Oral, Lyon et Paris.

3° Nombre de places, 60 (médecine), 10 (pharmacie).

4° Concours ouvert aux étudiants P. C. B., aux étudiants en médecine à 4, 8 et 12 inscriptions, aux étudiants en pharmacie à 4 inscriptions et aux stagiaires.

5° Demandes d'inscription et pièces de dossier à envoyer à la Direction du Service de Santé (1er bureau personnel), au Secrétariat d'Etat à la Santé, à Royat (Puy-de-Dôme).

Renseignements dans les Préfectures, Facultés et Ecoles et Directions du S. S.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — La chaire de bactériologie et anatomie pathologique prendra, à dater du 1er octobre 1943, le nom de chaire d'anatomie pathologique.

La chaire d'hygiène prendra, à dater du 1er octobre 1943, le nom de chaire d'hygiène et bactériologie.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — **Concours de chirurgien.** — A la suite du récent concours, M. Poilleux a été nommé chirurgien des hôpitaux de Paris.

Concours pour une place de stomatologiste des hôpitaux. — Jury : MM. les Drs Fleury, Beliard, Lacronique, Rousseau-Decelle, Lacaisse, Mme Papillon, Crocquefer, stomatologistes ; Monier-Vinard, médecin ; Maurer, chirurgien.

Concours pour une place de chirurgien des hôpitaux (2e concours). — Jury : MM. les Drs Meillère, Guimbellot, Baumgartner, Basset Desmarets, Quenu, Moulonguet, Fey, Sauve, Bazy, chirurgiens ; Fiessinger, médecin.

Concours de médecin des hôpitaux 1943. — Premier concours de nomination à trois places. — Consultation écrite, section A. — Jury : MM. les Drs Faroy, Flandin, Lelong, Garcin, Celice, Bariéty.

Epreuve clinique, section B. — Jury : MM. les Drs Loeper, Riba-

deau-Dumas, Aubertin, Touraine, Benard (René), Mme Bertrand-Fontaine.

Concours pour l'admission à quatre emplois de médecin à la maison de Saint-Lazare. — Un concours pour l'admission à quatre emplois de médecin à la maison de Saint-Lazare aura lieu à la Préfecture de Police, le 5 juillet 1943, et se continuera les jours suivants, soit à la Préfecture de Police, soit dans un hôpital qui sera désigné ultérieurement.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de Police (Direction générale du Personnel, du Budget et du Matériel, Sous-Direction du Personnel) ; il sera clos le 19 juin 1943.

HOPITAL GÉNÉRAL DE NEVERS. — Internat. — Un concours sur titres pour la nomination de deux internes en médecine ou chirurgie aura lieu le 18 juin 1943. Entrée en fonctions : pour le premier poste, le 1er août 1943 ; pour le second poste, au plus tard courant août.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Directeur.

SANATORIA. — Mlle de Loeschnigg, médecin adjoint aux sanatoriums de la Seine à Hauteville (Ain), a été mise en disponibilité, sur sa demande, à compter du 15 mai 1943.

M. le Dr Amat, médecin adjoint au sanatorium de Ponteils (Gard), a été nommé médecin adjoint au sanatorium de la Chapelle-des-Pots (Charente-Maritime).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Le professeur Gaston Ramon vient d'être élu à l'Académie des Sciences.

Réunion scientifique d'Aix-les-Bains. — Le dimanche 20 juin aura lieu, dans le nouvel établissement thermal d'Aix-les-Bains, une réunion scientifique du plus grand intérêt. Elle est organisée par la Ligue française contre le rhumatisme, la Société savoyarde des sciences médicales et la Société médicale d'Aix-les-Bains. Elle entendra le matin le rapport du Dr F. Francon, sur la névralgie cervico-brachiale, et l'après-midi, les communications des participants.

Les séances commenceront le matin, à 9 h. 30, et l'après-midi, à 14 h. 30. L'entrée est réservée aux seuls membres du corps médical, médecins, internes des hôpitaux, étudiants en médecine, qui sont très cordialement invités à cette réunion.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR. — *Chevalier* : M. le médecin-lieutenant Henri Daversin.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre des médecins. — Conseil national de l'Ordre. — Le Conseil national de l'Ordre des médecins est en voie de constitution. L'Académie de médecine a désigné son représentant en la personne du Dr Brouardel.

Les délégués de la région parisienne désignés par élection au sein des collèges et qui seront présentés à l'agrément du ministre sont : MM. le professeur Balthazard, les Drs Coutela (Paris), Puig (Seine-et-Marne), Hollier (Seine-et-Oise), Duvelleroy (Seine). Membres suppléants, les Drs Larget et Lafay.

Ordre des médecins. — Conseil supérieur de l'Ordre. — La Commission des médecins sinistrés du Conseil supérieur de l'Ordre, devant la multiplicité des diverses urgences actuelles, tient à faire appel à la solidarité médicale.

Celle-ci s'est déjà manifestée largement dans le cadre de certains départements.

Mais les possibilités des collèges départementaux sont très restreintes, et des situations tragiques se présenteraient si un département était totalement sinistré.

D'autre part, les départements indemnes jusqu'à ce jour se doivent d'aider les départements sinistrés.

La constitution d'un fonds général permettra de venir en aide aux sinistrés récents, dont la liste s'allonge chaque jour, et d'allouer des indemnités aux médecins sinistrés.

Prière d'adresser les souscriptions à M. le Dr Frantz, trésorier, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (VIIe), de préférence par versement à son compte de chèques postaux : Paris 874-34. (*Communiqué.*)

Comité national de l'Enfance. — Le Comité national de l'Enfance a organisé pour le jeudi 10 juin une journée d'études consacrée à la question de la préservation de l'enfance contre la tuberculose. A cette journée a participé le Comité national de Défense contre la Tuberculose.

Les séances du matin et de l'après-midi ont eu lieu dans la grande salle des Commissions du Secrétariat d'État à la Santé et à la Famille, sous la présidence de M. le Dr Grasset, sous-secrétaire d'État à la Santé et à la Famille.

NOUVELLES DIVERSES

Prix de l'Académie Duchenne-de-Boulogne. — L'Académie Duchenne-de-Boulogne, dont le but est de récompenser un travailleur indépendant qui, par ses propres moyens, aura fait progresser la science médicale, a décerné son prix de 5 000 francs pour 1942 à MM. Marcel Lapipe et Jacques Rondepierre, pour leurs travaux sur l'électrochoc.

Nous rappelons que les mémoires inédits et non encore récompensés doivent être envoyés, avant le 1er octobre de chaque année, au Secrétariat de l'Académie, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris.

Prix du professeur Bergonier. — A la demande de la veuve du maître, les liquidateurs de la « Fondation Bergonier », les professeurs Laquerrière et Rechou et le Dr Delherm, ont versé à l'Académie de médecine le reliquat des fonds en vue de la création d'un prix bisannuel en mémoire du grand physiothérapeute que fut le maître de Bordeaux.

Bourses de vacances. — Les Laboratoires du Dr F. Debat rappellent qu'ils consacrent, comme les années précédentes, une somme de 100 000 francs à la création de bourses de vacances de 1 000 ou 500 francs, destinées à de jeunes étudiants en médecine de santé délicate et dont les conditions d'existence sont particulièrement difficiles.

Les demandes devront être adressées avant le 15 juin : 60, rue de Monceau. Elles seront accompagnées d'une lettre de recommandation du professeur de l'élève et indiqueront la situation de famille, l'état de santé du postulant, ou toutes autres informations susceptibles de servir de moyens d'appréciation.

Changement d'adresse. — La Maison du Médecin nous communique sa nouvelle adresse : 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (VIIe). Tél. Inv. 39-98 (anciennement : 51, rue de Clichy, Paris [IXe]).

AVIS. — Le Dr Finck, de Vittel, exerce à Evian cette année comme les années précédentes.

REVUE DES LIVRES

Précis de Bactériologie médicale. par A. PHILIBERT ET P. GASTINEL. — Quatrième édition, augmentée et entièrement remaniée par P. Gastinel. Un volume de 660 pages avec 21 planches hors texte en couleur. (Collection de Précis médicaux, *Masson et Cie, éditeurs.*)

Les trois premières éditions du *Précis de Bactériologie médicale* de Philibert ont connu un légitime succès auprès des étudiants, comme auprès des médecins et des hommes de laboratoire. C'est maintenant la quatrième édition qui voit le jour, sous la double signature du regretté Philibert et du professeur Gastinel. Lourde tâche assurément que celle qui incombait ainsi au nouveau professeur de Bactériologie de la Faculté de médecine de Paris, qui a dû opérer une refonte complète des éditions précédentes en suivant le plan adopté pour ces dernières, et en donnant la place qui convenait aux acquisitions dont la science bactériologique a été l'objet depuis quelques années. Disons de suite, sans crainte d'être contredit, que, malgré les difficultés auxquelles se heurtent actuellement les auteurs et les éditeurs de semblables ouvrages, P. Gastinel a pleinement réussi et a atteint le but qu'il poursuivait en écrivant un livre destiné à l'enseignement, mais aussi à l'usage des médecins, qui pourront y puiser une aide précieuse pour l'exercice journalier de leur profession ; aux yeux de Gastinel, en effet, l'étude des maladies infectieuses ne saurait porter ses fruits sans l'étude de la Bactériologie.

Après avoir exposé les notions essentielles de bactériologie générale et de technique de laboratoire, l'auteur consacre la première partie de son *Précis* à l'exposé des analyses bactériologiques des divers produits pathologiques, parmi lesquels le sang tient, comme il convenait, une place importante.

Dans la seconde partie, il étudie chacun des germes pathogènes dont il expose, suivant un plan très logique : la morphologie, les données anatomo-cliniques afférentes aux lésions que chacun est capable de déterminer, les caractères de culture, le pouvoir virulent, les propriétés toxigènes, enfin la thérapeutique bactériologique : vaccination, sérothérapie, sans oublier la chimiothérapie, dont l'emploi s'est si largement répandu depuis ces dernières années. Ajoutons que 21 planches en couleur illustrent très utilement les descriptions des caractères des germes microbiens.

Enfin, une troisième partie est consacrée à l'étude de problèmes d'ordre général, concernant le pouvoir pathogène des microbes, l'immunité et l'anaphylaxie.

Ainsi conçu, ce nouveau *Précis de Bactériologie médicale* trouvera certainement auprès des étudiants et des médecins l'accueil qu'ils ont réservé aux précédentes éditions ; il est assuré, au même titre que ces dernières, du succès le plus complet.

C. D.

VARIÉTÉS

POUR UNE INFORMATION MÉDICALE FACILE ET CONTINUE

Les personnes qui se confient à un médecin, ou qui, si le libre choix fait défaut, lui sont confiées par l'autorité, l'imaginent volontiers, et comme par définition, docte, impeccablement docte. Savoir ce qu'elles ont besoin qu'il sache est pour lui une obligation constante et lourde. Au fur et à mesure qu'il avance dans la carrière, il doit utiliser un nombre croissant d'armes qui n'existaient pas lors de ses études. Tout au long de sa vie professionnelle et surtout dans la seconde partie de celle-ci, quels moyens lui permettent de se tenir au courant des progrès pratiques de la médecine ?

La multiplicité des ouvrages, des revues, des bulletins de sociétés savantes et des notices publicitaires ne fait souvent qu'aggraver son embarras. Comment trouver le temps de tout lire et de se faire une opinion personnelle ?

Pour maintes raisons, des séries de cours et de stages de perfectionnement ne sont suivies que par une petite proportion de confrères. Les vouloir astreindre tous à y assister périodiquement serait une entreprise difficile. Pareille contrainte heurterait le goût d'indépendance d'un grand nombre ; les remplacements devraient être assurés avec prudence ; même très bien organisé, cet enseignement complémentaire laisserait pendant plusieurs années les médecins mal informés des travaux postérieurs à leur dernière période d'instruction. Le *Bulletin de l'Ordre des médecins* de décembre 1942 a fait savoir que le Conseil supérieur « avait l'intention de demander à l'État de rendre obligatoire pour tous les médecins, jusqu'à soixante ans, l'assistance tous les six ans à un enseignement de mise au courant des progrès de la médecine. Il lui avait semblé qu'avec l'aide de l'État, qui y est intéressé, les médecins pourraient être convoqués, à tour de rôle, pour deux à trois semaines dans leur faculté régionale, leur remplacement étant automatiquement assuré par les soins de celle-ci, c'est-à-dire à l'aide des étudiants de dernière année et par les jeunes assistants de cliniques ».

Que cet enseignement obligatoire soit tenté ou non, il y a lieu de considérer comme indispensables des mises au point pratiques, relatives à des sujets d'actualité : découvertes véritables, orientations nouvelles aboutissant à des procédés précis, dignes d'être appliqués, médicaments, vaccins ou instruments méritant un emploi plus ou moins large, méthodes anciennes devenues plus efficaces, etc. Dans le temps présent, des publications seraient, par exemple, consacrées aux nouvelles insulines, aux traitements actuels des brûlures, aux indications et inconvénients des sulfamides, à la collapsothérapie, à l'administration du B. C. G. par voie cutanée. Brefs et clairs, ces résumés fuiraient les excès du dogmatisme. Quand sur une question deux tendances nettement différentes s'affronteraient, l'auteur ou le groupe d'auteurs chargé de rédiger l'étude les exprimerait impartialement, ou un exposé serait demandé à un représentant de chaque tendance. Ces principes s'inspireraient de ceux qui président à la distribution et à la préparation des rapports de congrès, mais les textes publiés seraient beaucoup plus courts que ceux-ci et d'un intérêt professionnel généralement plus immédiat. Il va sans dire que les questions évoluant rapidement donneraient matière à des notes successives, fixant les étapes parcourues. De véritables monographies assez étendues seraient parfois opportunes. Toute une méthode serait, en somme, à établir pour assurer de façon régulière et assimilable cette constante mise au courant.

Malgré leur loyauté, de tels documents ne plairaient pas à tous, et certains soulèveraient même quelques protestations, mais, dans l'ensemble, ils rendraient de très grands services. Leur élaboration serait d'ailleurs perfectible. Il conviendrait notamment de tenir compte des observations ou suggestions des lecteurs et de mettre à contribution la compétence des dirigeants d'une presse médicale dont la bonne volonté ne ferait sûrement pas défaut. Par additions, développements ou variations, les journaux de médecine apporteraient le complément de cet uniforme abrégé ; leur accord serait donc naturel.

Éditées à un nombre d'exemplaires facile à calculer, ces mises au point seraient envoyées à *tous les médecins*, peut-être même, au moins dans certains cas, aux pharmaciens, qui pourraient ainsi se soucier davantage des traitements récents, se procurer, en connaissance de cause, les remèdes nouveaux et en parler pertinemment avec les médecins, collaboration surtout utile à la campagne. En principe, chaque mise au point aurait deux présentations (qui pourraient être imprimées sur des papiers de couleurs différentes) : l'une très courte, l'autre assez longue, réduite pourtant, aussi souvent que possible, à un petit nombre de pages. Le praticien pressé pourrait lire d'urgence la première, dès que, la difficulté rencontrée, le besoin s'en ferait sentir ; il prendrait connaissance de la seconde, à tête reposée, le soir ou le dimanche. Certaines de ces notes seraient lues pendant les vacances. D'autres qui, pour divers motifs, seraient jugées sans intérêt ne seraient sans doute jamais lues par des confrères étroitement spécialisés ou fatigués ou dédaigneux. L'illusion d'un plein succès ne saurait être la condition d'un essai légitime. Quel médecin rêve d'absolu ?

Aucun organisme central n'a encore été chargé de confier à des personnalités ou des équipes qualifiées, choisies d'après le sujet à traiter, la rédaction de ces mises au point.

Faudrait-il un organisme nouveau ? Nous avons longtemps pensé que la Confédération des syndicats médicaux aurait pu se donner cette mission : la plupart des médecins auraient eu probablement confiance en la valeur d'études impartiales demandées et recommandées par leurs représentants, librement choisis. Le Conseil de l'Ordre pourrait maintenant assumer cette charge corporative s'il estime qu'elle entre dans ses attributions.

D'autres solutions s'offrent (1). L'une d'entre elles est rendue possible par la création de l'Institut national d'hygiène, fondé le 30 novembre 1941. Rattaché au secrétariat d'État à la Famille et à la Santé, cet établissement public est doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Par une tendance que justifie la défense sanitaire du pays, le ministère de l'Hygiène s'est mué en un ministère de la Santé. L'Institut, sur le concours technique duquel il compte, ne saurait échapper à cette évolution. Ce nouvel organisme ne se cantonnera probablement pas dans le domaine des mesures préventives et sera tôt ou tard conduit par la force des choses à s'occuper en outre de problèmes thérapeutiques (*largo sensu*). Il pourrait, dès lors, en tant qu'Institut national de la santé, devenir le centre d'émission que nous réclamons. Relativement indépendant d'un département ministériel dont la doctrine ne peut être qu'administrative et non scientifique, il diffuserait, sous la responsabilité de son comité directeur ou d'une commission spéciale, les notions et conseils dont profiteraient le corps médical et, par voie de conséquence, la population tout entière. Une organisation rationnelle, conçue de façon haute et large, puis réalisée avec la plus sereine rigueur, lui fournirait les moyens matériels et le prestige nécessaire au succès.

Quel que soit le centre qui aurait à remplir ce rôle d'informateur, la défense de la santé publique exige qu'une aide aussi désirable soit bientôt donnée à l'ensemble des médecins de France. L'obstacle financier ne devrait pas être insurmontable. Si la pénurie actuelle de papier empêche la réalisation de ce plan, qu'au moins celui-ci soit, dès maintenant, étudié dans ses grandes lignes, sinon jusque dans ses détails, afin de pouvoir être, en temps voulu, promptement appliqué.

Ajoutons que d'autres professions pourraient bénéficier de la mise à exécution de projets semblables. Nous avons récemment demandé qu'un effort analogue, encore inexistant, fût entrepris en faveur des architectes (*L'Architecture française*, novembre 1942).

PIERRE JOANNON.

(1) A condition que soient réalisés puis agréés par l'autorité publique un accord interne et une entente avec les représentants du Corps médical, cette émission pourrait être prise en charge par la presse médicale française, dont les efforts concertés seraient soutenus par des moyens d'une puissance très supérieure à celle qu'ont pu atteindre des initiatives louables et instructives, développées en ordre dispersé. Même organisé ainsi, cet enseignement orienté vers une sorte de prolongation cohérente et continue des études médicales ne serait pas éloigné d'une fonction publique et ne saurait échapper à un certain contrôle du pouvoir central.

NÉCROLOGIE

M. CHIFOLIAU (1872-1943)

Le Dr M. Chifoliau, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, s'est éteint le 11 mai dernier, après une longue maladie, pendant laquelle l'affection des siens et de ses élèves, et les soins fraternels de son ami de toujours, le professeur Loeper, se sont montrés impuissants.

Né et élevé à la Réuniou, il a suivi, presque isolé et sans conseils, la rude carrière des concours. Externe, interne (1898), prosecteur, chirurgien des hôpitaux (1910), il fut surtout l'élève préféré de Poirier, qui lui faisait partager sa vie de famille auprès de sa mère, soit à Paris, soit à la campagne, et l'associait à ses travaux.

Timide et modeste, le Dr Chifoliau a toujours fui avec horreur le bruit et les honneurs. Sa vie fut un constant exemple de dignité, de conscience et de dévouement, au service de la chirurgie. Il a élevé des générations d'internes, qui ont appris de lui l'amour du malade, la discussion sévère des indications opératoires, la chirurgie « efficiente » sans vaine ostentation des gestes spectaculaires, et la minutie des soins post-opératoires : tout ce qui fait la chirurgie parfaite.

Il a relativement peu publié, et tous ses travaux portent la marque du sérieux et du solide. Rappelons sa thèse classique sur les anévrysmes carotidiens, ses travaux sur l'occlusion dans l'appendicite, les kystes de l'utérus, la chirurgie des parathyroïdes (il fut le premier en France à réussir l'ablation d'un adénome parathyroïdien dans la maladie de Recklinghausen).

En 1914-1918, soit en France, soit à l'Armée d'Orient comme chirurgien consultant, il remplit son devoir avec simplicité et prodigua sa science et sa bonté à des milliers de blessés qui ne l'oublieront pas.

La mort d'un fils très aimé, la retraite, les malheurs du pays ont hâté sa fin, qui laisse au cœur de tous ceux qui l'ont approché un très grand vide. Être l'interne de M. Chifoliau était un honneur recherché et disputé ; c'était aussi un grand bonheur à l'aube d'une carrière chirurgicale, et un grand bienfait dans une vie d'homme. Droiture, probité, conscience, amour respectueux du malade dans ce qu'il a de pauvre humanité, voilà les leçons qu'il nous a généreusement prodiguées.

Au grand deuil de Mme Chifoliau s'associe la peine infinie des élèves qui ont tant aimé leur « Patron » et s'efforceront, toute leur vie, de mériter ce doux sourire approbatif dont il les récompensait quelquefois.

A. AMELINE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mai 1943.

Médicaments abortifs ou réputés abortifs. — MM. BALTHAZARD et SUREAU avaient établi, dans une précédente séance (20 avril 1943), la liste des instruments anticonceptionnels dont la fabrication et la vente doivent être interdites. Ils apportent aujourd'hui un travail sur les médicaments abortifs ou réputés tels dont il convient de réglementer la vente.

Lunettes à foyers multiples pour presbytes. — M. LOUIS LAPICQUE présente un appareil de travail dû à M. Maltrais, ingénieur A. et M. Cet appareil est constitué par trois lunettes basculantes articulées sur des pivots à

friction fixés sur un casque réglable. Les numéros des verres sont 1, 2 et 4. Par combinaison on a donc 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 et zéro (le tout relevé), soit huit distances focales. D'un simple coup de doigt on peut mettre en position la ou les lunettes désirées. L'appareil, dénommé *Multifoc*, permet au chirurgien ou au chercheur presbyte de travailler sans fatigue dans les meilleures conditions visuelles.

Endotoxines bactériennes, phagocytose ou infections. Sur certains aspects nouveaux du conflit mettant aux prises les bactéries pathogènes et l'organisme. — MM. A. BOIVIN et A. DELAUNAY. — Les endotoxines des microbes (toxines glucido-lipidiques s'identifiant aux antigènes somatiques O des germes) exercent une action empêchante sur l'afflux des leucocytes dans les tissus où des bactéries pathogènes ont trouvé accès. Par là même elles favorisent le déroulement des processus infectieux et jouent ainsi le rôle d' « agressines ». Sous leur effet, une dose de bactéries vivantes bien supportée par le témoin peut se montrer mortelle pour le sujet intoxiqué, ou encore une infection jusque-là silencieuse est capable de se transformer en infection à marche progressive conduisant à une issue fatale. L'anticorps correspondant (anticorps O) exerce un pouvoir anti-infectieux non seulement en neutralisant l'action nocive de la toxine, y compris son action inhibitrice sur le tactisme leucocytaire, mais encore en sensibilisant spécifiquement les corps bactériens à la phagocytose.

La spécificité de la bronchite mélitococcique. Présence de « Brucella melitensis » dans l'expectoration. — MM. JANBON, M. LISBONNE et G. ROMAN apportent plusieurs observations de brucellose à forme bronchique qui mettent en évidence la virulence spécifique possible de l'expectoration de certaines formes de brucellose. Les auteurs étayent ainsi la légitimité de la bronchite mélitococcique prévue par la clinique.

Protéines de lacto-sérum : valeur diététique et qualité hygiénique. — MM. GUITONNEAU et THIEULIN.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 14 mai 1943.

Action favorable de cures très prolongées de cyanure de mercure sur une aortite syphilitique avec œdème pulmonaire aigu à répétition. — MM. L. ROUQUES et J. PAUTRAT rapportent l'observation d'un homme de cinquante-huit ans, atteint d'aortite syphilitique avec œdème pulmonaire aigu et décompensation, chez qui des résultats inespérés furent obtenus après échec des tonicardiaques par la méthode des cures prolongées de cyanure de mercure (88 injections intraveineuses, puis 90 après quinze jours de repos). La tolérance fut parfaite malgré une perméabilité rénale diminuée ; le traitement antisyphilitique classique put être ensuite entrepris, et les réactions sérologiques positives depuis quatorze ans furent négativées. Une autre observation confirme l'innocuité des cures prolongées. Cette méthode, dont Degos a montré l'intérêt chez les syphilitiques ayant des Wassermann irréductibles, paraît à retenir également dans les affections cardio-vasculaires syphilitiques rebelles aux tonicardiaques.

M. FLANDIN souligne l'intérêt du traitement dans ces cas et estime que le cyanure est le plus souvent suffisant. Des cures de courte durée plusieurs fois répétées sont aussi actives qu'une cure prolongée.

M. DEGOS a obtenu par le cyanure des résultats remarquables.

M. SOULIÉ, tout en reconnaissant l'efficacité du traitement, insiste sur la nécessité d'une surveillance attentive et d'une grande prudence, des accidents graves pouvant survenir inopinément.

M. PERRAULT confirme les excellents résultats de la thérapeutique par le cyanure de mercure dans les aortites.

Un cas d'ostéopétrose (maladie des os de marbre). — MM. J. CATHALA, R. LAPLANE et CASTAIGNE présentent un enfant de onze ans atteint d'une extrême fragilité osseuse : le moindre choc provoque une fracture. Les radiographies reproduisent les lésions caractéristiques de la maladie de Schonberg : opacification considérable du squelette, déformations épiphysaires, striations régulières perpendiculaires au grand axe de l'os. Il n'y a pas d'anomalie des constantes humorales, mais une légère anémie avec leucopénie et, à l'examen oculaire, une discrète altération de la papille.

M. COSTE demande les rapports de ce syndrome avec les cas d'ostéopétrose fluorique.

M. FLANDIN insiste sur l'aspect hérédo-syphilitique du malade.

M. PAGNIEZ rapporte que ce cas a été soumis sans résultat au traitement antisyphilitique prolongé durant quatre ans.

M. DUVOIR indique que certains essais thérapeutiques ont tenté de modifier le rapport Fluor-Phosphore des os.

M. DE SÈZE montre l'importance de la fraction protéique de l'os sur sa résistance.

M. CATHALA évoque les complications redoutables de la maladie : compressions des nerfs craniens par suite du comblement de leurs trous d'émergence, et anémie grave par disparition progressive de la moelle osseuse.

Intoxication alimentaire collective à forme polynévritique par une huile contenant du tri-crésyl-phosphate. — MM. CARROT, GRIFFON et CHARLIN relatent l'histoire d'une épidémie de polynévrite survenue chez des sujets qui, après avoir mangé des pommes de terre frites dans une huile contenant du tri-crésyl-phosphate, ont présenté quarante-huit heures après des troubles digestifs, et chez lesquels la polynévrite s'est installée après une incubation d'un mois environ. Le tableau clinique revêt l'aspect caractéristique décrit par Roger, Alajouanine et Debré (paralysie motrice à prédominance distale, portant électivement sur les muscles du pied et de la main, et atteignant symétriquement les membres). Ce tableau est tellement caractéristique que les auteurs ont pu rattacher à la même origine un cas de polynévrite cliniquement superposable, mais pour lequel aucune analyse chimique n'a été pratiquée.

L'histoire de cette épidémie revêt un caractère d'actualité, car le tri-crésyl-phosphate, soluble dans les huiles, est très utilisé dans le travail industriel du caoutchouc et des vernis.

Séance du 21 mai 1943.

La sécrétion excessive de pituitrine peut-elle expliquer la rétention simultanée d'eau et de sel observée dans l'obésité hypophysaire avec oligurie permanente ? — MM. RAOUL et SIMONNE KOURILSKY, S. REMOND et S. MORAT montrent qu'il est impossible de déterminer chez le sujet normal une oligurie permanente même en prolongeant les injections de pituitrine. La rétention d'eau obtenue par la pituitrine est légèrement plus abondante en régime salé. Il est impossible de réaliser au moyen de la pituitrine le blocage rénal du sel. L'excès de pituitrine ne peut donc expliquer le syndrome observé dans l'obésité hypophysaire avec rétention d'eau et de sel.

Mécanisme de la rétention d'eau dans l'obésité hypophysaire avec oligurie permanente. — MM. R. KOURILSKY et H. HINGLAIS montrent que, dans le syndrome observé, diverses perturbations hormonales doivent être rendues responsables de la rétention aqueuse. Des troubles analogues, mais sans rétention chlorurée, peuvent être rencontrés chez la femme enceinte. Les dosages de substance ocytocique dans le sang veineux n'ont pas permis de constater une augmentation de sécrétion de pituitrine. Il est possible qu'il y ait une diminution de la sécrétion du lobe antérieur de l'hypophyse, dont on connaît les effets diurétiques. Le benzoate d'œstradiol aggrave la rétention d'eau, la progestérone la diminue. Ces substances n'ont peut-être qu'une action indirecte, par l'intermédiaire de l'hypophyse.

Considération sur le mécanisme régulateur de l'excrétion rénale du chlorure de sodium. — M. R. KOURILSKY rappelle que les expériences des physiologistes ont montré que la pituitrine possède, en même temps qu'un effet oligurique, une action chlorodiurétique. Cette dernière ne peut être constatée chez l'homme au même titre que l'action oligurique, sans doute en raison de l'existence d'un mécanisme régulateur extra-hypophysaire, vraisemblablement tubérien, s'opposant à la fuite du sel.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann avec virages des réactions tuberculiniques. — M. DESBUQUOIS rapporte une observation de maladie de B.-B.-S et insiste sur les virages des réactions tuberculiniques. Plusieurs années avant la maladie, la malade avait été tuberculisée et sa cuti-réaction à la tuberculine était positive. Pendant la période évolutive de la maladie, les réactions tuberculiniques sont devenues négatives. Avec l'amélioration de la maladie, les réactions tuberculiniques redeviennent positives. Cette observation soulève le problème complexe des rapports de la tuberculose et de la maladie de B.-B.-S.

Le traitement des constipations rebelles par l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire. — MM. G. FAROY, J. ARNOUS et J. FÉNELON signalent une méthode nouvelle très intéressante de traitement des constipations opiniâtres. L'infiltration novocaïnique du sympa-

thique lombaire a donné 66 p. 100 de guérisons, dont quelques-unes remontent à quinze mois. Les malades ont abandonné complètement l'usage des laxatifs et ont une selle quotidienne. 17 p. 100 des malades sont seulement améliorés et doivent compléter le résultat par la prise de mucilages ou de laxatifs légers. Il y a 17 p. 100 d'échecs.

Traitement des aortites et aorto-myocardites syphilitiques par des cures de 150 injections quotidiennes successives de cyanure de mercure. — M. R. Degos apporte les résultats portant sur 40 cas traités par cette méthode depuis 1937. La tolérance a été très bonne. Les douleurs angineuses ont disparu très rapidement, la dyspnée plus lentement. Les troubles médiastinaux disparaissent souvent de façon remarquable. Des défaillances cardiaques rebelles à tous les toni-cardiaques s'améliorent parfois de façon inespérée. Les réactions sérologiques sont fréquemment négativées.

Le traitement mercuriel prolongé de l'aortite syphilitique. — MM. Ch. Laubry, J. Lenègre et A. Mathivat ont obtenu, dans l'ensemble, d'excellents résultats de cette méthode. L'angine de poitrine syphilitique, d'ailleurs rare, disparaît rapidement, les manifestations de l'insuffisance cardiaque beaucoup plus lentement. Ces traitements prolongés n'ont jusqu'ici provoqué aucun incident notable. Mais, en raison de la durée et de l'intensité du traitement, les indications doivent être particulièrement précises : uniquement aortites avec séro-réactions positives. Ce traitement ne doit jamais être prescrit aux nombreuses cardiopathies non spécifiques, telles que les aortites rhumatismales, les rétrécissements aortiques, ni aux obèses, hypertendus, artérioscléreux, qui, sur la constatation d'yn symptôme dépourvu de toute valeur spécifique, sont les victimes trop fréquentes de traitements injustifiés.

M. Rist demande comment s'élimine le mercure dans ces cures prolongées.

M. Flandin estime que de nombreuses aortites spécifiques authentiques ont une sérologie négative et doivent être traitées.

M. Degos partage sur ce point l'avis de M. Flandin.

M. Lenègre rappelle que des statistiques américaines étendues ont prouvé que les aortites spécifiques ne présentaient des réactions négatives que dans environ un quart des cas.

Radicotomies postérieures dans la coxarthrie. — MM. F. Coste, M. Gaucher et Hewitt rapportent un heureux résultat de cette intervention et discutent la possibilité de supprimer, grâce à elle, les douleurs de la coxarthrie. Si elle permet d'atteindre ce but, un grand progrès serait réalisé dans le traitement d'une aussi décevante infirmité. Mais des difficultés, des contre-indications sont à prévoir dont l'avenir enseignera l'importance.

Section des racines postérieures comme traitement des douleurs de la coxarthrie. — MM. S. de Sèze et J. Guillaume ont traité par la section des racines postérieures quatre malades atteints de coxarthrie très douloureuse. Le premier malade a été opéré le 2 février 1943. Ils pensent donc avoir été les premiers à appliquer ce mode de traitement à la coxarthrie. On a coupé les racines sensitives L1, L2 et L3. Le résultat immédiat a été merveilleux : disparition des douleurs à la marche, récupération des mouvements depuis longtemps impossibles. Mais, avec un recul de trois mois et demi, le résultat global est médiocre. Chez les trois malades suivants on a coupé D12, L1, L2, L3. Résultat excellent, mais le recul du temps est encore insuffisant. Les auteurs se proposent de poursuivre l'étude de ce traitement nouveau et feront connaître les résultats définitifs de leurs tentatives.

M. Mollaret estime que la myélotomie postérieure, en sectionnant électivement les fibres de la sensibilité douloureuse, pourrait éviter certains des reproches dont est passible la radicotomie postérieure.

(Voir suite page V.)

Cécité consécutive à une intoxication par l'alcool méthylique. — M. Ravina présente une malade qui, après ingestion d'un apéritif contenant de l'alcool méthylique, a présenté des troubles digestifs, puis de la somnolence, suivie d'un délire violent et d'une baisse rapide de l'acuité visuelle. Le champ visuel était très rétréci. A la suite de cette intoxication, la cécité demeura presque totale, et tout laisse penser qu'elle sera définitive.

L'auteur précise la symptomatologie, la pathogénie et la thérapeutique de l'intoxication par l'alcool méthylique, et insiste sur la nécessité de faire connaître au public la nocivité de cet alcool.

Roger Pluvinage.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 14 avril 1943.

A propos des tuberculoses angulo-symphysaires du pubis. — M. Kuss.

A propos de la thérapeutique iodo-sulfamidée. — M. Chevassu.

Sarcome de l'intestin grêle révélé par un hémopéritoine spontané. — M. Monsaingeon. — M. Mocquot rapporte cette observation.

Péritonite par sphacèle d'un kyste de l'ovaire après hystérectomie vaginale. — M. Fresnais. — Rapport de M. Rouhier.

Hernie diaphragmatique gauche traumatique opérée par voie transpleurale. — M. Goyer. — M. Moulonguet, rapporteur.

La fistulisation préventive du grêle en chirurgie colique et rectale (Discussion). — M. Sénèque n'emploie pas cette méthode. Il apporte 28 observations d'opérations rectales et coliques. Il préconise l'emploi de l'aspiration duodénale continue pré- et post-opératoire et la sulfamidothérapie.

M. Jean Quénu estime que l'iléostomie n'est qu'une forme de dérivation qui ne revêt, à son avis, que des indications exceptionnelles. Dans tous les cas de la chirurgie de la moitié gauche du côlon qui nécessitent une dérivation, M. Quénu expose les raisons qui lui font préférer la typhlostomie à l'iléostomie.

Traitement des déterminations mineures des infections staphylococciques (furoncles, anthrax, hydrosadénites, etc...) par la médication iodo-sulfamidienne. — MM. J. Pervès, R. Pirot et H. Martin.

Dans une trentaine de cas de furonculose, anthrax, hydrosadénites, les résultats ont été excellents ou très bons.

Traitement des staphylococcies locales par l'association iode-sulfamide. — MM. Huet et Huguier apportent une série de cas d'infections à staphylocoques traitées par cette méthode avec de bons résultats.

Présentation de pièce opératoire. — M. Rouhier.

Séance du 12 mai 1943.

Invagination iléo-cæcale chez une femme de soixante-douze ans. Hémicolectomie droite en un temps. Guérison. — M. Desorgher (de Lille). — M. Mialaret, rapporteur.

A propos des fistules jéjuno-coliques. — M. Siméon. — Rapport de M. Wilmoth.

Insufflation rectale d'air comprimé ayant nécessité une résection totale du sigmoïde. Rétablissement secondaire de la continuité par invagination colo-rectale. Guérison sans incident. — M. Pierra. — Rapport de M. Jean Quénu.

A propos du traitement des hernies crurales et inguinales étranglées avec gangrène de l'intestin. (Discussion.)

1° M. Jean Quénu note l'augmentation des hernies, crurales surtout, et la fréquence plus grande des étranglements herniaires, qui a presque doublé. Mais la mortalité dans l'étranglement a augmenté également, cette aggravation semblant tenir surtout à la moindre résistance et à l'âge avancé des malades. L'auteur insiste sur la nécessité, pour une anse grêle étranglée, d'être réduite ou réséquée. Toutes les autres méthodes doivent être abandonnées : enfouissement d'une plaque de sphacèle, fistulisation ou extériorisation de l'anse. Une seule exception : le phlegmon pyo-stercoral.

2° M. Rudler a opéré ou fait opérer 18 hernies étranglées avec lésions intestinales irréversibles : 16 crurales, 2 inguinales. A l'occasion de cette statistique, M. Rudler condamne formellement l'extériorisation. Pour la résection, il faut attirer l'anse dans la plaie. Lorsque l'anse ne se laisse pas attirer, on peut soit agrandir la voie d'abord, soit, dans les cas de phlegmon pyo-stercoral, passer par voie médiane pour faire la

résection intestinale et l'anastomose, et revenir secondairement terminer le temps crural.

3° M. RICHARD propose l'ouverture du péritoine au-dessus du collet du sac ; on débride facilement ensuite le collet de dedans en dehors.

4° M. MOULONGUET, inquiet de la gravité des résultats opératoires des hernies avec gangrène de l'intestin, rappelle l'intérêt qu'il y aurait à faire d'abord l'anastomose par laparotomie avant tout débridement du collet dans les cas où le sphacèle intestinal est évident.

5° M. PICOT fait par incision iliaque une anastomose large au pied de l'anse, à 10 ou 12 centimètres de l'anneau crural, et ne fait par voie crurale qu'une simple incision du phlegmon pyo-stercoral, sans débridement de l'anneau.

Nouveau compas automatique de radio-chirurgie dirigée. — M. CHAUSSÉ. — Rapport de M. CADENAT.

La place des fractures méconnues du rachis dans la pathogénie des sciatiques. — M. SICARD insiste sur l'importance de cette cause à côté de la hernie discale postérieure, dont la fréquence a peut-être été exagérée. Parmi ces fractures, M. Sicard a observé trois cas de fractures des apophyses articulaires de vertèbres lombaires et un cas de fracture transversale du sacrum méconnue.

Présentation de malade. — M. BOPPE présente un résultat intéressant de ténodèse à la soie pour paralysie radiculaire du plexus brachial.

JACQUES MICHON

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 avril 1943.

Variations dans le nyctémère de l'élimination urinaire de l'hormone cortico-surrénale chez les diabétiques. — MM. P. HARVIER et J. TURIAF montrent que l'étude dans le nyctémère de l'hormoniurie cortico-surrénale « type Giroud », de la glycosurie et de la glycémie chez le diabétique est en accord avec les données expérimentales qu'ils ont établies chez le chien dépancréaté ; elle tend à montrer que l'hyperhormoniurie du diabétique doit être interprétée comme un « phénomène second », réactionnel de l'état diabétique.

Étude sur le sérum des malades présentant des œdèmes de famine. — MM. M. RAYNAUD et CLAUDE LAROCHE ont retrouvé à l'hospice de Villejuif l'hypoprotidémie avec baisse considérable des sérum-albumines déjà décrite, mais sans abaissement des diverses fractions lipidiques, ni disparition des cénapses protido-lipidiques. Ils insistent sur les teneurs actuelles relativement faibles en protides et en lipides des sujets dits « normaux ».

Allergie et immunité après introduction du virus vaccinal tué. De la valeur respective des tests d'épreuve cutanés et cérébraux. — MM. P. GASTINEL et R. FASQUELLE montrent que des lapins, préparés par des vaccins tués, acquièrent un pouvoir virulicide de leur sérum et sont placés en état d'allergie cutanée, atténuant dans certains cas la réceptivité de leur tégument à l'égard du virus vivant ; par contre l'animal demeure vulnérable à l'action d'un neuro-virus, inoculé dans le cerveau. Cette notion contribue à dissocier phénomènes allergiques et immunitaires.

En ce qui concerne la vaccine, l'immunité appartient à l'unique effet du virus vivant et ne peut être produite par la seule pénétration de l'antigène.

Mise en évidence par la technique chronaximétrique d'un rachitisme « invisible ». — MM. R. LECOQ, P. CHAUCHARD et Mme H. MAZOUÉ ont pu déceler par la technique chronaxique les troubles du rachitisme expérimental du rat obtenu avec des régimes privés de vitamine D et compliqués d'un déséquilibre phosphocalcique ou d'une simple addition de sels alcalogènes, avant même que les lésions osseuses soient installées (état prérachitique). Les mêmes modifications (augmentation des chronaxies nerveuses et diminution des chronaxies musculaires) s'observent au cours du rachitisme « invisible » obtenu par simple avitaminose D, les animaux étant maintenus à l'obscurité.

Les troubles neuromusculaires après surrénalectomie chez le rat et leur déterminisme. — M. P. CHAUCHARD,

Mme Mazoué et M. Chalopin concluent d'une étude chronaximétrique que l'asthénie surrénoprive provient d'une action dépressive centrale, tandis que la chronaxie du muscle est diminuée, indice d'excitation. L'analogie des signes nerveux avec ceux des cobayes scorbutiques est en accord avec la conception de l'origine surrénalienne des troubles du scorbut. Le tableau chronaxique de l'insuffisance surrénale est également comparable à celui du rachitisme et de l'alcalose.

Sur la chronaxie de constitution des neurones moteurs du cortex cérébral. — M. et Mme A. Chauchard et M. P. Chauchard reviennent sur la valeur élevée de la chronaxie de constitution des neurones psycho-moteurs ; la valeur basse normale de leurs chronaxies est due à l'influence régulatrice des centres mésencéphaliques de la subordination. Cette régulation extra-cérébrale de l'excitabilité corticale est de grande importance physiologique ; elle permet d'éclaircir le mécanisme du sommeil. Ainsi s'explique également la grande sensibilité pharmacologique des neurones cérébraux.

Contribution à l'étude de la potentialisation toxique sulfa-pyridine-papavérine (phénomène de Glaubach). — M. P. Durel et Mlle V. Ratner confirment que l'association de 150 milligrammes par 100 grammes de sulfapyridine, chez le rat, à 25 milligrammes par 100 grammes de papavérine, entraîne la mort en moins d'une heure, alors que, séparément, ces doses sont sans effet toxique. Diverses variations à l'expérience type ont été introduites ; les barbituriques retardent la mort sans l'empêcher.

Tactisme leucocytaire et exotoxine staphylococcique. — M. A. Delaunay a constaté que l'exotoxine staphylococcique est capable d'entraver l'afflux des globules blancs dans un foyer infectieux, constituant ainsi, pour le staphylocoque qui l'élabore, une arme défensive. Une telle action inhibitrice, très nette chez le cobaye neuf, ne s'exerce plus chez le cobaye immunisé par l'anatoxine staphylococcique.

F.-P. Merklen.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 30 mars 1943.

La question des cantines scolaires. — M. Roederer donne des détails sur le fonctionnement actuel des cantines scolaires parisiennes, qui rendent de très grands services. Le nombre des enfants qui les fréquentent a doublé entre janvier et décembre 1941, et presque triplé en décembre 1942.

Il doit y avoir de la viande trois fois par semaine ; l'auteur souhaite voir augmenter la ration de graisse, donner un supplément de pain pour la soupe et répartir certains aliments tels que foie et abats ; il proteste, d'autre part, contre l'égalité de la ration sans se préoccuper de l'âge des enfants, de leur croissance et de leur perte éventuelle de poids, et préconise une ration supplémentaire pour les jours consacrés aux sports et aux sorties.

M. Lesné précise que le repas de midi des cantines scolaires apporte environ 6 à 700 calories aux enfants ; il est de toute nécessité de fournir une alimentation vitaminée et dans ce but d'ajouter le plus souvent possible aux aliments persil, cerfeuil, jus de carottes, carottes crues râpées, etc... Il faut absolument obtenir que les 98 locaux scolaires de Paris qui servent encore de lieux de distribution des feuilles de rationnement soient débarrassés au plus tôt, étant donné le danger pour les enfants de séjourner dans des préaux après des malades, des tuberculeux, des gens malpropres, etc...

Pneumopéritoine spontané. — M. Cathala présente une enfant de douze ans qui fut amenée à l'hôpital peu après une violente et subite douleur de l'hypocondre gauche avec élévation thermique passagère à 39° : il existe seulement à l'examen un gros ventre météorisé, mais l'examen radiologique montre qu'il y a un pneumopéritoine dont l'origine paraît difficile à déterminer.

M. Fèvre se demande s'il ne peut pas s'agir de la rupture de kystes sous-séreux (pneumatose kystique de l'intestin).

Vomissements par sténose duodénale due à une malformation congénitale. — M. Maynadier (de Limoges).

Trois observations de crises pseudo-syncopales ou cataplectiques d'origine névropathique chez des enfants de deux à cinq ans. — M. Cl. Launay et Mme Borel-Maisonny s'étendent sur la description des crises pseudo-syncopales qu'on peut observer chez les jeunes enfants ; ils insistent sur les circonstances psychologiques (émotions, chocs affectifs) auxquelles succèdent ces crises, sur leurs caractères cliniques (début soudain, perte de conscience habituelle, absence d'agitation et de tout mouvement, absence d'obnubilation ultérieure, disparition définitive des crises sans séquelles) et sur l'importance du diagnostic avec l'épilepsie.

Deux des enfants étudiés, revus à la puberté, sont des émotifs capricieux de caractère difficile. Sans doute, un tempérament caractériel particulier est-il essentiellement à l'origine de ces crises, auquel une éducation déficiente vient ajouter ses effets.

Acrodynie infantile avec périostoses multiples, engainantes et calcifiantes, accompagnées de fracture spontanée. — M. P. Barbé (du Mans) rapporte l'observation d'une fillette de sept ans et demi atteinte en même temps que son frère d'acrodynie ; elle présenta une forme grave avec troubles trophiques des extrémités (altérations des ongles, ulcérations multiples) et modifications osseuses importantes : fracture spontanée des deux os de l'avant-bras droit, apparition au niveau des extrémités inférieures des radius et des cubitus ainsi que de certaines phalanges d'une périostite engainante avec dépôts calcaires volumineux formant un véritable manchon autour de l'os. Ces troubles se sont accompagnés d'une augmentation importante de la calcémie.

On a pu, au cours de l'évolution, pendant plusieurs années, observer la régression progressive des signes radiologiques et la *restitutio ad integrum* des os atteints.

L'auteur émet l'hypothèse d'une altération des glandes endocrines et des parathyroïdes, en particulier au cours de certaines formes d'acrodynie.

M. Lévesque pense qu'il peut s'être agi d'hémorragies sous-périostées consécutives aux lésions vasculaires de l'acrodynie, sans qu'on puisse éliminer un scorbut associé, étant donnée l'anorexie qui accompagne cette maladie.

A. Bohn.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le professeur Gustave Olive (de Nantes). — Le Dr Charles Castelain. — Le Dr Léon Courtillier. — Le Dr Eugène Vanheuverswyn (de Fives-Lille).

MARIAGES. — Mlle Jacqueline Vachet, fille du Dr Vachet, avec M. Claude Roussel, fils du Dr Gaston Roussel. — Le Dr Maurice Cappelle avec Mlle Y. Dress. — Le Dr Plouviet avec Mlle P. Gaffet.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Puistienne (de Roubaix) font part de la naissance de leur fille Monique. — Le Dr et Mme Bauwin font part de la naissance de leur fille Elisabeth. — Le Dr et Mme J. Rouveix font part de la naissance de leur fille Catherine. — Le Dr et Mme J. Robert font part de la naissance de leur fils Claude. — Le Dr et Mme Albert Fournier font part de la naissance de leur fils Francis.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Pierre Valdenaire est délégué dans les fonctions de chef de clinique des maladies mentales.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Par arrêté du 21 mai 1943, M. Brustier (Vincent) est réintégré dans ses fonctions de professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, à compter du 1er mai 1943.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. Pierre Merle, médecin consultant à Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), vient d'être nommé professeur honoraire de Clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Médecin des hôpitaux de Paris. — Deuxième épreuve d'admission (3 places).

Classement des candidats et total des rangs. — MM. : 1. Fauvert, 2; 2. Salles, 4 ; 3. Deparis, 7 ; 4. Bouvrain, 9 ; 5. Rossier, 10 ; 6. Dugas, 12 ; 7. Pêcher, 13 ; 8. Brocard, 15.

Concours de médecins des hôpitaux (nomination, section B). — MM. les Drs Brocart, 1 point; Bouvrain, 19,50 points; Dugas, 19,50 points.

Concours de médecin des hôpitaux (3e concours de nomination, épreuve de titres). — Liste de MM. les membres du jury par ordre du tirage au sort : MM. les Drs Huber, Chevallier, Chevalley, Mouquin, Brodin, Stevenin, Lamy, Boidin, Debray, Pruvost, Marie (Julien), professeur Lenormant (chirurgien).

Concours pour trois places de médecin des hôpitaux (2e épreuve d'admission). — Liste de MM. les membres du jury par ordre de tirage au sort : MM. les Drs Janet, Cachera, Alajouanine, Lere-

boullet (Pierre), Pagniez, de Sèze, Ravina (André), de Gennes, Lian, Lenègre, Degos, Weissenbach.

Deuxième concours de nomination pour trois places de médecin des hôpitaux (épreuve de titres). — Liste dans l'ordre du tirage au sort de MM. les membres du jury : MM. les Drs Levesque, Lemierre, Kourilsky, Launay (Clément), Michaux, Heuyer, Chiray, Renaud (Maurice), Decourt, Gautier, Jacquet, Aurousseau (chirurgien).

Concours de chirurgiens des hôpitaux. — Les quatre candidats ayant totalisé le plus grand nombre de points sont déclarés admissibles. MM. les Drs Cauchois, Albouker, Léger, Vuilliéme.

Concours pour une place de chirurgien des hôpitaux (troisième concours). — Liste de MM. les membres du jury par ordre du tirage au sort : M. le professeur Mondor ; MM. les Drs Rouhier, Charrier, Petit-Dutaillis, Bergeret, Funck-Bretano ; M. le professeur Mathieu ; MM. les Drs Richard, Huard, Huet ; Rachet (médecin).

Concours d'oto-rhino-laryngologiste 1943 (une place). — Classement des candidats : MM. les Drs Sergent, 80 points ; Maspétiol, 79 points.

Concours d'assistants d'électro-radiologie 1943 (8 places). — Classement des candidats : MM. les Drs : 1. Mlle Marquis, 111 ; 2. Chérigié, 106 ; 3. Proux, 105 ; 4. Puyaubert, 103 ; 5. Morin, 103 ; 6. Lebouchard, 102 ; 7. Kickel, 99 ; 8. Degand, 93 ; 9. Augamarre, 91 ; 10. Noix, 88.

Jury du concours de l'internat des hôpitaux communaux de la région (épreuves orales). — M. le professeur Harvier, professeur de clinique médicale à l'hôpital Cochin ; M. le Dr Sauvé, chirurgien chef de service à la clinique Boileau ; M. le Dr Bruel, médecin de l'hôpital de Saint-Germain ; M. le Dr Dresch, médecin de l'hôpital de Rambouillet ; M. le Dr Grenier, médecin de l'hôpital d'Argenteuil ; M. le Dr Mignot, médecin de l'hôpital d'Argenteuil ; M. le Dr Ill, oto-rhino-laringologiste de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges ; M. le Dr Perrin, chirurgien de l'hôpital de Saint-Denis ; M. le Dr Dupont, chirurgien de l'hôpital de Mantes ; M. le Dr Rabourdin, accoucheur de l'hôpital de Rambouillet.

Liste des candidats admissibles au concours de l'internat des hôpitaux communaux de la région parisienne. — Pouchol, 50,5 ; Chardin, 47,5 ; Prévost, 47,5 ; de Person, 45,5 ; Caye, 43 ; Sgard, 43 ; Vermeulen, 42,5 ; Guilleminot, 42 ; Pillot, 42 ; Pesle, 40,5 ; Viollet, 39,5 ; Tola Ricardo, 39 ; Blanguernon, 39 ; Barral, 37,5 ; Poulain, 37,5 ; Boyet (Jean), 37,5 ; Levesque, 37 ; Sevin, 36 ; Monfrals, 36 ; Lepagney, 36 ; Brière, 35 ; Deniziant, 34,5 ; Matet, 34,5 ; Tsevrenis, 33 ; Mlle Léonard, 33 ; Flouquet, 32 ; Chitout, 32 ; Poujol, 31,5 ; Faucheur, 31,5 ; Montagne, 31,5 ; Mlle Fagnot, 31 ; Koskinas, 31 ; Melun, 30,5 ; Dessus, 30,5 ; Mlle Bricard, 30 ; Leboulanger, 30 ; Maille, 30 ; Bidanet, 30.

Concours de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie. — Liste de MM. les membres du jury par ordre de tirage au sort : MM. les Drs Braine, directeur scientifique de l'amphithéâtre d'anatomie ; Baumgartner, Bernard (Raymond), Bazy, Gatellier (chirurgiens) ; de Gennes, médecin.

Prosectorat. — *Liste du jury par ordre de tirage au sort.*

Chirurgiens: MM. Baumgartner, Raymond Bernard, Bazy, Gatellier.

Médecin: M. de Gennes. — M. Braine, directeur scientifique de l'amphithéâtre d'anatomie.

Assistant de radiologie à l'hôpital Saint-Joseph. — Une place est vacante à l'hôpital Saint-Joseph. Adresser les candidatures avec titres et *curriculum vitæ* au Dr Gaston Boulland, 62, rue La Boétie, Paris.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Professeurs suppléants à l'École de médecine de Clermont-Ferrand. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie interne et générale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand s'ouvrira, le lundi 8 novembre 1943, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie et clinique chirurgicales à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand s'ouvrira le lundi 8 novembre 1943, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Le registre des inscriptions à ces deux concours sera clos un mois avant l'ouverture des concours.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Aide aux médecins sinistrés. — La Commission des médecins sinistrés du Conseil supérieur de l'Ordre, devant la multiplicité des diverses urgences actuelles, tient à faire appel à la solidarité médicale par la constitution d'un fonds général qui permettra de venir en aide aux sinistrés récents dont la liste s'allonge chaque jour et d'allouer des indemnités aux médecins sinistrés.

Prière d'adresser les souscriptions à M. le Dr Frantz, trésorier, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (VIIe), de préférence par versement à son compte de chèques postaux, Paris 874-34.

Enseignement colonial. — Par décret du 31 mai 1943 (*Journal officiel* du 4 juin 1943), il est créé à la Faculté de médecine de Paris un poste d'agrégé de parasitologie coloniale.

Diplôme de sage-femme. — Une loi du 17 mai 1943 réglementant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme est parue au *Journal officiel* (30 mai 1943).

COURS ET CONFÉRENCES

Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale. — Cours de chirurgie urinaire, sous la direction de M. le Dr Bernard Fey avec la collaboration de MM. L. Michon et R. Couvelaire, par MM. Lortat-Jacob et Verne, prosecteurs.

Ouverture du cours : le lundi 21 juin 1943, à 14 heures.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront euxmêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Clinique gynécologique, Hôpital Broca, 111, rue Broca (professeur : M. Pierre Mocquot). — Cours sur la stérilité par le professeur Pierre Mocquot, assisté de MM. R. Moricard, directeur à l'École des Hautes Études, chef du laboratoire ; R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; P. Lejeune, ancien chef de clinique obstétricale ; J. Pulsford, assistant d'électro-radiologie ; Mlle S. Gotbie, préparatrice du laboratoire ; Mme F. Moricard, chargé de la consultation d'endocrinologie gynécologique; MM. les professeurs Ch. Champy, M. Jayle et M. Lacomme ; MM. L. Bonnet, E. Douay, et J. Varangot exposeront leurs recherches personnelles.

Ce cours aura lieu du *lundi 21 juin 1943 au samedi 3 juillet 1943.* Il s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin de scolarité. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

REVUE DES LIVRES

Les fondements biologiques de la géographie humaine, par MAX. SORRE. (*A. Collin, éditeur,* 1943.)

Le très important livre du professeur Sorre étudie les multiples problèmes de la géographie humaine en liaison avec la biologie : il intéresse donc au plus haut degré biologistes et médecins. D'ailleurs, très nombreux sont les documents pathologiques utilisés principalement dans les trois derniers chapitres.

Le livre premier est relatif aux *relations du climat et de l'homme,* qui caractérise « l'œkoumène ».

Le livre II est relatif au *milieu vivant et à l'alimentation de l'homme* (origine des espèces cultivées ou domestiques ; aires d'extension ; conditions de transformation du milieu vivant par l'homme ou au voisinage de l'homme ; géographie des régimes alimentaires chez les différents peuples ; sous-alimentation et famines, etc.).

Le livre III étudie l'*organisme humain en lutte contre le milieu vivant.* Il décrit les complexes pathogènes types (maladie du sommeil, paludisme; peste; fièvre jaune; etc.) et la place tenue par l'homme et son groupe d'animaux dans leur extension ou leur refoulement.

Dans l'ensemble, la vie de l'homme dans les diverses régions géographiques est dominée par les questions de lutte contre les climats et les infections, d'adaptation et d'alimentation appropriées. C'est l'homme qui transforme les conditions géographiques et se les rend favorables. C'est la géographie médicale qui commente et explique l'*œkoumène.*

Innombrables sont les précieux documents accumulés dans ce livre, d'une lecture passionnante et suggestive.

P. CARNOT.

La vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. — Méthode des scarifications cutanées, par M. WEILL-HALLÉ et Mlle LACROUA. 1 volume in-16 de 102 pages avec figures. Préface du professeur Vallery-Radot. (*Doin.*)

Ce court ouvrage, comme celui de MM. Nègre et Bretey (récemment signalé à cette place), est consacré à la méthode des scarifications cutanées et à son action vaccinante. Conçu sur un plan un peu différent, riche en données biologiques, cliniques et pratiques, il ne fait pas double emploi avec le premier et montre bien comment cette vaccination par scarifications aidera à l'extension de la prophylaxie vaccinale de la tuberculose. Il donne une série de conseils pratiques dont bénéficieront tous ceux qui peuvent avoir à répandre cette nouvelle et précieuse méthode vaccinale.

P. L.

VARIÉTÉS

CONCEPTION BIOLOGIQUE MODERNE DES GRAISSES
LEUR ROLE DANS LA NUTRITION

Si, à la fin du XIXe siècle, on avait posé aux physiologistes et aux cliniciens la question suivante : les graisses fournies par l'alimentation sont-elles rigoureusement indispensables pour maintenir la vie ? probablement la plupart eussent répondu par la négative. Certes, ils savaient que tout aliment (sauf le vin et le sucre) contient des lipides ; certes, nul n'ignorait leur utilité (thermodynamique, de protection et de réserve) ; mais, sachant que les graisses peuvent être formées au cours du métabolisme des protéides et des glucides, les cliniciens, en l'absence d'expériences ou d'observations décisives, n'auraient pu affirmer le caractère indispensable des graisses dans l'alimentation.

Les faits se présentent à l'heure actuelle sous un aspect différent. Nul n'envisage maintenant les corps gras comme de vulgaires aliments calorigènes. Ils constituent des aliments vivants et indispensables au même titre que les protides, puisque riches en éléments dont notre organisme ne peut faire la synthèse. De simples aliments énergétiques, ils se sont élevés progressivement à la dignité d'éléments plastiques.

De ce fait, deux conclusions : les graisses ne sont pas biologiquement équivalentes ; un minimum alimentaire de graisses est indispensable.

A. Les graisses apportent des éléments indispensables.

a. Les premiers que l'on a reconnus comme tels sont les *vitastérines*, non pas la vitamine D, puisque, dans la couche profonde du derme, notre ergostérol cellulaire, sous l'influence des ultra-violets, se transforme en calciférol, c'est-à-dire en vitamine D, mais les vitamines A et E.

De la vitamine A rapprochons sa pro- ou, mieux, sa prévitamine : le carotène, hydrure de carbone qui est dissout dans les lipides de la carotte où des parties vertes de certaines plantes.

b. Les recherches de G. et B. Burr, confirmées par Evans et par Watson, ont démontré que notre organisme ne pouvait faire la synthèse des *acides gras non saturés* (répondant à la formule $C^nH^{2n-2}O^2$ ou $C^nH^{2n-4}O^2$). Ces acides, dont le chef de file est représenté par l'acide linoléique, et qui comportent également l'acide linéolénique et arachidonique, sont indispensables à la vie. Les rats alimentés sans ces lipides, mais avec tous les autres éléments, présentent des troubles cutanés constants et fréquemment des troubles rénaux, auxquels ils succombent. L'addition non pas d'une huile banale, mais d'acide linoléique, empêche ces troubles d'apparaître. A ces acides, on donne souvent le nom de vitamines F.

C. Best, le grand biochimiste canadien, a, peu de temps après, observé le fait suivant. L'organisme des mammifères, ou du moins celui des rats, ne peut faire la synthèse de la *choline*. Or cette base aminée entre dans la constitution de la *lécithine*, élément indispensable à la vie. Si on donne aux rats une alimentation sans choline, ils succombent et, à l'autopsie, on constate une dégénérescence graisseuse du foie.

B. Les graisses, et ce fait est la conséquence de la constatation précédente, ont une *valeur biologique* variable pour chacune d'elles. Jusqu'à présent, on réservait cette notion aux seuls protides. Mais cette conception peut s'étendre aux lipides. Et, en effet, Ozaki a réalisé l'expérience suivante : il alimente de jeunes rats avec un mélange de glycides et de protides toujours les mêmes, mais il y ajoute en poids 10 p. 100 de lipides, de nature différente.

Au bout de quelques semaines, il constate que l'augmentation en poids est la suivante : avec le beurre, 141 grammes ; avec le colza, 130 ; avec l'huile d'olive ou d'arachide, 114 ; avec l'huile de foie de morue, 112 ; avec l'huile de coton, 101 ; avec la graisse de bœuf, 96 ; celle de porc, 80 ; celle de baleine, 78, et celle de sardine, 76.

Les recherches plus récentes d'Hosogaï classent la valeur nutritive des huiles végétales par ordre décroissant de la façon suivante : sésame, arachide, maïs, coton, chanvre, colza, soja, noix de coco et lin.

Ainsi, et cette constatation nous paraît digne de remarque, les graisses, à cause de leur *personnalité chimique*, ont une *valeur biologique* variable.

Le fait que les vitastérines, le carotène, la lécithine (ou la choline), les acides gras non saturés sont indispensables à la croissance, à la reproduction, à l'eutrophie tissulaire ou à la vie, et que ces éléments ne peuvent être apportés que par les corps gras, prouve qu'un *minimum vital* de graisses est indispensables.

Chez l'animal, ce minimum, probablement ou plus exactement certainement variable d'une graisse à l'autre, est difficile à préciser. Lafayette Mendel et Osborne ont constaté que la croissance des jeunes rats était réalisée dans d'assez bonnes conditions avec une ration ne comportant que 78 milligrammes de graisses. Nous avons observé que cette croissance et la vie étaient entretenues, semble-t-il, de façon normale en alimentant les jeunes rats exclusivement avec des pommes de terre et un mélange salin. Or les pommes de terre ne contiennent en poids que 1 p. 1000 de lipides, c'est dire que le rapport $\frac{\text{calories lipidiques}}{\text{calories totales}}$ n'est que 1 p. 100, mais ces expériences n'ont pas été prolongées suffisamment ; d'autre part, on ne peut extrapoler les résultats observés chez le rat pendant trois semaines et ceux que l'on pourrait constater chez l'homme nourri, de longues années, avec une alimentation pauvre en lipides.

Mme Randoin évalue à 35 grammes la ration minima de graisses nécessaires chez l'adulte, et encore à condition que le rapport $\frac{\text{lipides animaux}}{\text{lipides totaux}}$ soit de l'ordre de un tiers. Avec Justin-Besançon, nous croyons, en effet, que c'est à peu près à ce chiffre que correspond le *minimum vital* de graisses. Ce n'est pas à dire certes qu'au-dessous de ce chiffre les hommes meurent rapidement, mais ce que nous croyons, c'est que fatalement, à échéance relativement rapide, les hommes qui en ingéreraient une quantité moindre en souffriraient gravement.

A défaut de preuves expérimentales, la démonstration en est fournie par l'étude des famines. En particulier, biologistes et cliniciens d'outre-Rhin ont insisté avec force et à maintes reprises sur le « Fett-Hunger », qui a sévi en Allemagne à diverses périodes de 1916 à 1918. Pendant ces périodes, d'après nos calculs et ceux de Justin-Besançon, la ration quotidienne était descendue à 22 grammes environ. S'il était impossible, dans ce syndrome pluri-carentiel, de dissocier l'action du manque de lipides, néanmoins l'appétence que tous ces *sinistrés de l'alimentation* éprouvaient pour les corps gras était une preuve indirecte, mais solide, du besoin de graisses que réclamait l'organisme. Actuellement, à Paris, la consommation n'est que de 20 grammes, en tenant compte de ce fait que le Parisien peut acheter des aliments au marché libre et qu'il est (trop modérément) ravitaillé par la campagne. Si, comme il en a été question, la distribution de corps gras devait encore diminuer de 5 grammes par jour, la ration réelle fournie en nature ou contenue dans les aliments ne serait plus que de 15 grammes, soit la moitié du minimum vital. Les méfaits de cette carence s'accentueraient encore. Avec raison, l'Académie de médecine, gardienne de la santé française, a averti, il y a déjà quelques mois, les pouvoirs publics du danger que cette insuffisance en matières grasses de notre alimentation ferait courir à la population. Signalons-le une fois de plus.

CH. RICHET.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Conditions d'attribution des postes médicaux réservés aux médecins retenus en captivité.

Arrêté :

ARTICLE PREMIER. — Chaque conseil régional de l'ordre des médecins effectuera, par département, le recensement des postes médicaux devenus vacants à la suite des interdictions prononcées en application de la loi du 22 novembre 1941 relative aux médecins étrangers, dans les communes où exerçaient, au 1er septembre 1939, moins de cinq médecins.

ART. 2. — Le conseil vérifiera, avec le concours des services administratifs chargés de l'enregistrement et du visa des diplômes, si les disponibilités résultant d'interdictions prononcées contre les médecins étrangers n'ont pas été réduites en fait, eu égard à l'effectif du 1er septembre 1939, par la venue d'autres praticiens installés antérieurement ou postérieurement au départ des médecins étrangers.

Il relèvera aussi, éventuellement, le nombre et la situation des circonscriptions qui auront été réservées en vertu soit de l'article 3, soit de l'article 6 de la loi du 28 août 1942.

ART. 3. — Une copie des états sur lesquels les renseignements ci-dessus auront été consignés sera adressée au Conseil national de l'ordre.

Cette documentation sera mise, par le Conseil national lui-même ou par les conseils régionaux, à la disposition des médecins ou des étudiants qui se trouvent dans l'une des situations visées à l'article premier de la loi du 28 août 1942, modifiée par la loi du 24 décembre 1942.

ART. 4. — Les postes médicaux libérés par des médecins étrangers et autour desquels le Conseil national de l'ordre aura, conformément à l'article 6 (2e alinéa) de la loi susvisée, déterminé des circonscriptions réservées, seront assignés aux médecins ou aux étudiants remplissant les conditions prévues au troisième alinéa du même article, s'ils présentent leurs demandes dans les trois mois qui suivront leur retour.

Les demandes devront être adressées au Conseil régional de l'ordre des médecins, qui aura qualité pour accorder l'autorisation sollicitée toutes les fois que, pour un poste déterminé, une seule demande aura été présentée.

En cas de compétition pour un même poste, l'autorisation sera donnée par le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, après avis du Conseil national de l'ordre.

ART. 5. — Les étudiants qui étaient en fin de scolarité au moment de leur mobilisation, et qui sont aptes de ce fait à bénéficier d'un poste réservé dans les conditions fixées par l'article 6 de la loi du 28 août 1942, ne pourront conserver leur droit au poste qu'ils auront choisi que s'ils obtiennent le diplôme de docteur en médecine dans un délai de six mois après leur retour.

Ce délai pourra être prolongé par arrêté préfectoral après avis du Conseil régional de l'ordre, mais la prolongation ainsi accordée ne devra pas être renouvelée au delà d'un an.

ART. 6. — Lorsqu'un poste qui a cessé d'être occupé, même à titre temporaire, par un médecin étranger sera assigné à un étudiant en médecine en application de l'article 6 de la loi du 28 août 1942, cet étudiant pourra exercer immédiatement au lieu et place du précédent titulaire, sous réserve qu'il obtienne son diplôme dans les délais visés ci-dessus.

ART. 7. — En attendant l'installation effective des Conseils régionaux de l'ordre des médecins, le travail de recensement prévu aux articles 1er et 2 ci-dessus sera entrepris, sans délai, par les Conseils des collèges départementaux.

La documentation rassemblée par ces derniers sera remise, dès que les circonstances le permettront, aux Conseils régionaux, qui en poursuivront la mise au point et l'utilisation dans les conditions du présent arrêté.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 mai 1943.

M. le PRÉSIDENT annonce le décès de M. DOMINGUEZ (de La Havane), associé étranger.

Néphrose lipoïdique pure chez une fille de deux ans. Amélioration rapide. Guérison contrôlée pendant huit années. — MM. NOBÉCOURT et BRISKAS.

L'acide urique n'est pas la cause de la goutte. — M. NOEL FIESSINGER, s'appuyant sur la fréquence de l'uricémie sans aucune manifestation goutteuse, sur le fait que l'attaque de goutte ne traduit pas une surcharge articulaire d'acide urique, et que le tophus, le dépôt d'acide urique est secondaire et tardif, considère que l'attaque de goutte est due à une hyperergie articulaire purinopexique et que l'uricémie du goutteux apparaît comme le témoin secondaire d'un métabolisme partiellement satisfait. Ainsi l'acide urique, aussi bien dans le sang qu'au niveau des

articulations, est le produit mort de l'attaque de goutte.

Le service médico-social. — MM. S. DES CILLEULS et MOYNIES présentent une note au sujet du service médico-social d'une région militaire. Ils exposent les excellents résultats obtenus après un an et demi de fonctionnement.

Le poids actuel des travailleurs. — M. FEIL, résumant les observations faites sur 750 ouvriers dont 250 femmes, conclut que, si, d'une façon générale, les ouvriers d'usine, hommes robustes et bien portants, résistent assez bien à une baisse de poids même prononcée, celle-ci risque d'entraîner des conséquences graves chez les sujets déficients et particulièrement les prétuberculeux.

Ordre des médecins. — L'Académie désigne M. BROUARDEL pour la représenter au Conseil national de l'Ordre des médecins.

Séance du 25 mai 1943.

M. le PRÉSIDENT fait part du décès de M. ÉMILE SERGENT, ancien président.

L'asthénie de l'insuffisance surrénale expérimentale et son traitement par la cortine (présentation d'un film d'enseignement). — MM. LÉON BINET et D. BARGETON. — L'asthénie est sans doute parmi les manifestations de la maladie d'Addison la plus frappante et celle qui a suscité le plus de travaux (recherches classiques de J.-P. Langlois, étude récente d'Ingle). La fatigabilité de l'animal surrénalectomisé et la restauration d'une capacité de travail normal sous l'influence de l'hormone corticale, l'utilisation des tests de travail pour le dosage biologique de la cortine ont fourni à M. Binet et à M. Bargeton l'objet de réaliser un beau film qui sera fort utile à l'enseignement.

L'acétonurie, symptôme des pancréatites. — M. H. HERDING (présentation par M. H. VINCENT) montre que les processus infectieux peuvent donner lieu à l'apparition de l'acétonurie, apparition brusque ou progressive, laquelle a pour origine la pancréatite aiguë ou fruste, due à l'influence des toxines microbiennes sur l'organe sécréteur d'insuline. Il signale l'existence, au cours de la maladie, d'une sensibilité douloureuse du pancréas. Le traitement par l'insuline favorise la guérison de la pancréatite elle-même en même temps que celle de l'acétonurie qui résulte de celle-ci.

A propos des chronaxies neuro-musculaires de la langue. Chronaxie normale des muscles lingual supérieur et lingual inférieur. — M. BOURGUIGNON.

Sur le taux de la morbidité tuberculeuse actuelle. — M. JEAN TROISIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 28 mai 1943.

A propos du diagnostic radiologique des niches bénigne et malignes. — MM. M. BRULÉ et P. HILLEMAND rappellent les travaux consacrés ces dernières années à l'aspect radiologique des niches bénignes et malignes. On est ainsi arrivé à décrire un certain nombre de signes, qui malgré leur intérêt n'ont pas une valeur absolue, et ne permettent pas de poser à coup sûr un diagnostic de bénignité ou de malignité, que ce soit la disproportion entre la taille de la niche et le temps écoulé depuis le début, la taille de la niche, son augmentation rapide, les irrégularités de son contour, de sa teinte, ou bien le fait qu'elle est en saillie ou encastrée, avec un rebord de taille variable, que les plis muqueux soient respectés ou interrompus, ou enfin le test évolutif. Les auteurs montrent, avec observations à l'appui, que tous ces caractères comportent des exceptions, que le diagnostic radiologique n'est qu'un diagnostic de présomption ne permettant pas d'affirmer, mais seulement de suspecter le diagnostic histologique. Il est donc indispensable de confronter les données cliniques, radiologiques et gastroscopiques.

M. GUY ALBOT souligne les difficultés que l'on rencontre quand il s'agit d'affirmer la transformation d'un ulcus en cancer.

L'interprétation des images triangulaires paravertébrales. — M. CATHALA rapporte l'observation d'un enfant de deux ans présentant après une coqueluche une image triangulaire de la base gauche, et chez lequel l'autopsie montra en ce point une dilatation des bronches.

M. ARMAND-DELILLE rappelle que, le plus souvent, le lipiodol injecte la zone triangulaire visible à la radio, et permet le diagnostic de dilatation des bronches.

M. MARQUÉZY estime que, si la plus grande partie des cas analogues appartiennent sans conteste à la dilatation des bronches, un certain nombre concernent soit des pleurésies médiastines, soit des zones d'atélectasie.

M. RIST pense que très souvent, à l'image due à la dilatation bronchique proprement dite, se surajoutent des ombres dues aux lésions pleuro-pulmonaires concomitantes.

Oblitération bronchique tuberculeuse. — M. CATHALA a observé chez un enfant, après un épisode pulmonaire aigu, une image triangulaire de la base droite, bientôt suivie d'une attraction vers la droite du pédicule cardio-pulmonaire. La bronchoscopie montra une oblitération bronchique. Par la suite, après une pleurésie purulente streptococcique post-scarlatineuse, se développa une tuberculose pulmonaire évolutive. Une observation comme celle-là peut faire discuter le diagnostic de tuberculose primitive de la bronche.

M. E. MAY a observé chez un adulte un cas d'oblitération tuberculeuse de la bronche, qui a très simplement guéri après un large prélèvement biopsique.

Emphysème polykystique localisé suivi d'atélectasie incomplète. — MM. P. PRUVOST, BOURGUIGNON et DEPIERRE rapportent l'histoire d'un malade atteint de tumeur maligne avec adénopathie hilaire prononcée ayant débuté par un syndrome de lobite pseudo-tuberculeuse. De petites cavités sus-scissurales auraient pu être prises pour des cavernes, si l'on n'avait pas tenu compte de leur aspect géométrique, annulaire, de leur groupement très spécial, de l'absence de bacilles de Koch, et de l'adénopathie hilaire. Les tomographies précisèrent les caractères de cet emphysème obstructif et de cette adénopathie ; des bronchoscopies montrèrent l'existence d'une sténose d'abord incomplète puis complète, et de fait, à ce premier stade d'images bulleuses, succéda un stade d'atélectasie presque totale du poumon droit, qui vint renforcer le diagnostic d'emphysème obstructif à forme polykystique porté par les auteurs. Une image thoracique normale notée un an auparavant prouve bien qu'il ne peut s'agir que de kystes acquis ou secondaires, ou mieux d'ectasies broncho-alvéolaires.

Très volumineuse tumeur conjonctive intrathoracique. Opération et guérison. — MM. PIERRE BOURGEOIS et MARC ISELIN présentent un malade opéré récemment pour une très volumineuse tumeur thoracique occupant la quasi-totalité du champ pulmonaire droit. Cette tumeur renfermait un liquide citrin contenant de nombreuses hématies. Les parois étaient épaisses, d'aspect fibromateux. Il n'existait pas de pédicule bien individualisé. L'intervention effectuée par large incision externe a amené la guérison rapide du malade, avec réexpansion du poumon. Six semaines après l'opération, le malade est complètement guéri. Au point de vue histologique, cette tumeur est constituée par des cellules conjonctives, indifférenciées, riches en collagène. Elle s'apparente au fibrome du thorax, mais mériterait plus exactement d'être étiquetée « conjonctivome ».

Angiomes caverneux multiples de la peau, associés à des angiomes des os de la main. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, J. MICHAUX, A. DOMART et Mme P. ROBBES présentent un malade atteint d'angiomes caverneux multiples de la peau, prédominant sur la main et l'avant-bras droits, et n'entraînant aucun trouble fonctionnel. Ces tumeurs sont associées à des angiomes osseux siégeant presque exclusivement sur le squelette de la main gauche, donc du côté opposé au maximum des angiomes cutanés.

Sciatique « cordonale » par tumeur intramédullaire de la moelle dorsale supérieure. — M. DE SÈZE rapporte l'histoire d'une malade qui, à l'occasion d'une grossesse, présenta une sciatique unilatérale d'apparence banale, étiquetée « sciatique gravidique » rebelle à tous les traitement. La ponction lombaire retira un liquide jaune avec forte dissociation albumino-cytologique. Le lipiodol s'arrêta derrière la quatrième vertèbre dorsale. L'intervention montre qu'il s'agit d'une tumeur intramédullaire de la moelle dorsale supérieure.

Sciatiques par neurogliomes de la queue de cheval. La forme « sciatalgique pure » des tumeurs de la queue de cheval. — S. DE SÈZE apporte quatre observations de neurinomes de la queue de cheval, évoluant depuis des années, sous le masque d'une névralgie sciatique rigoureusement unilatérale, ne s'accompagnant d'aucun signe neurologique objectif, moteur, sensitif ou sphinctérien. Le diagnostic de tumeur put être soupçonné trois fois sur quatre, grâce à certaines particularités symptomatiques dont la valeur diagnostique est considérable : influence défavorable de la position couchée, qui déclenchait des crises douloureuses paroxystiques d'une extrême violence ; rigidité intense, pseudo-pottique, de la colonne vertébrale ; réveil des douleurs par la compression des

jugulaires. Dans un cas, ces signes mêmes manquaient, et seule existait la douleur sciatique. La ponction lombaire et le lipiodol ont donné, dans tous les cas, des éléments de diagnostic décisifs.

L'auteur insiste sur les merveilleux résultats de l'intervention neuro-chirurgicale dans les tumeurs opérées à ce stade purement algique de leur évolution. Dans les quatre cas observés, l'ablation de la tumeur a été suivie d'une guérison immédiate, définitive, sans aucune séquelle.

ROGER PLUVINAGE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 19 mai 1943.

Deux cas de section à peu près complète du pouçe ; « restitutio ad integrum » après intervention. — MM. BAILLIS et GRÉPINET. — Rapport de M. ALBERT MOUCHET.

L'attitude chirurgicale dans les hernies étranglées. — M. BOSSAERT. — Rapport de M. RUDLER.

A propos du traitement des hernies crurales et inguinales étranglées avec gangrène de l'intestin. — M. GUEULETTE estime qu'il ne faut pas hésiter à associer un traitement local de la lésion et une anastomose par laparotomie.

M. MERLE D'AUBIGNÉ, commentant la statistique du service de M. Quénu, conclut à la supériorité de la résection.

M. ROUHIER préfère s'en tenir à une intervention faite *in situ*.

A propos du traitement des fistules vésico-vaginales inopérables par un procédé non décrit par dérivation des urines : l'anastomose latéro-latérale urétéro-rectale. — M. R. LETAC. — Rapport de M. L. MICHON.

Quelques remarques à propos d'une pneumonectomie avec ligatures et sutures isolées : opération suivie de succès. — MM. MAURER, SAUVAGE et J. MATHEY.

Rupture sous-cutanée artérielle directe. — M. FUNCK-BRENTANO.

A propos d'une observation de thyroïdite tuberculeuse. — M. WELTI et Mlle GAUTHIER-VILLARS.

Séance du 26 mai 1943.

A propos des tuberculoses thyroïdiennes. — M. MIALARET en rapporte deux observations.

Rupture spontanée d'une tumeur de la granulosa. — M. FILHOULAUD. — Rapport de M. MOCQUOT. — L'accident se manifesta par un syndrome d'hémorragie interne.

La fistulisation préventive du grêle dans la chirurgie du côlon et du rectum. — M. RAYMOND BERNARD conclut la discussion sur cette question. L'auteur souligne les problèmes que pose la physiologie post-opératoire de l'intestin grêle. Il insiste sur les avantages de la fistulisation du grêle sur celle du côlon. Il passe enfin en revue les indications essentielles de l'iléostomie préventive : hémicolectomies en un temps, colectomies totales, opérations dérivées du Reybard, anastomoses.

Colectomie et sulfamidothérapie. — M. CHATON (de Besançon). — M. SOUPAULT lit ce travail.

M. RAYMOND BERNARD a observé deux accidents de sulfamidothérapie intrapéritonéale : une anurie mortelle ; dans un deuxième cas, des suites opératoires difficiles avec péritonite plastique.

Réflexions au sujet d'une grave infection post-opératoire. — M. BILLET (de Lille) rapporte ce cas d'infection grave à staphylocoques à la suite d'une arthrodèse du genou chez un enfant ; l'iodoseptoplix a eu des effets merveilleux et immédiats : arthrite suppurée et phlegmon diffus disparus en trois jours.

Occlusion congénitale par rétrécissement colique en cordon. Apparition en quatre jours de la perméabilité colique. — MM. DIGONNET et FÈVRE tirent de cette observation la conclusion qu'il ne faut faire que des anus latéraux dans les cas d'occlusion cordonale.

Un cas de méga-duodénum traité par duodéno-jéjunostomie et les infiltrations splanchniques. — MM. D'ALLAINES, J. LENORMAND et et ROECHLIN ont observé ce cas d'une affection assez exceptionnelle ; les infiltrations splanchniques ont eu une action certaine mais passagère. La jéjunostomie n'a pas eu non plus une efficacité très nette.

(Voir suite page V.)

M. HEPP, dans un cas analogue, a eu un échec d'une duodéno-jéjunostomie.

M. FÈVRE, chez une enfant, a eu également un échec par une duodéno-jéjunostomie.

JACQUES MICHON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 mai 1943.

Sur l'influence exercée par diverses toxines microbiennes sur le chimiotactisme leucocytaire. — M. A. DELAUNAY. — Tout comme la toxine staphylococcique, la toxine élaborée par le bacille de *Preisz-Nocard*, injectée à forte dose dans le derme d'un cobaye neuf, entraîne localement la formation d'une nécrose importante et une réaction leucocytaire qui évolue en deux temps : phase négative, d'abord, puis afflux considérable de polynucléaires. L'exotoxine diphtérique, dont le pouvoir dermo-nécrosant est plus faible que celui de la toxine *Preisz-Nocard*, entrave aussi moins nettement l'afflux immédiat des leucocytes dans le tissu cutané. Quant à la toxine tétanique, dépourvue de tout pouvoir nécrosant, elle ne paraît avoir aucune action chimiotactique propre, ni positive, ni négative.

Élection. — M. GUILLAUMIN est élu membre titulaire.

Chlorhydrate de para-aminobenzoyl-diéthylamino-éthanol (novocaïne) et acétylcholine. — MM. RENÉ HAZARD et JEAN CHEYMOL. — Ce chlorhydrate, à dose élevée, inhibe faiblement les effets muscariniques, cardio-inhibiteurs ; diminue, supprime ou inverse les effets nicotiniques, hypertenseurs, de l'acétylcholine.

Recherches sur l'ultracentrifugation des antigènes employés pour le séro-diagnostic de la syphilis. Procédé d'immobilisation du culot. — MM. J. CHOUTEAU et F. CHEURLOT ont montré que, si l'on soumet un antigène à des centrifugations de vitesse constante, mais de durée variable, et si l'on mesure les variations de la densité optique du pouvoir antigénique, on observe une sédimentation dissociée des deux facteurs. Après des études analogues à l'aide de l'ultracentrifugation, ils constatent que, si l'on utilise comme immobilisateur un gel d'agar-agar, la méthode est inutilisable, du fait que la diffusion dans le liquide surnageant de molécules de galactane (ou des produits de leur dislocation) rend ce liquide anticomplémentaire. Les gels de gélatine sont également à exclure, alors que le papier-filtre fournit les meilleurs résultats. L'antigène de Bordet-Ruelens, ultracentrifugé suivant cette dernière technique, révèle une dissociation entre les sédimentations optiques et biologiques, prouvant une polydispersion du système.

Taille de la souche neurotrope du virus de la fièvre aphteuse. — MM. C. LEVADITI et H. NOURY. — Le diamètre moyen (2 R) de l'unité active du virus aphteux adapté au névraxe de la souris (souche neurotrope), mesuré par l'ultrafiltration, est de 20 à 24 mμ. Il apparaît supérieur à celui du virus de la fièvre aphteuse, souche dermotrope. Cette supériorité s'accentue davantage lorsqu'on s'adresse à la mensuration par irradiation α du radon.

Détermination, par la méthode d'irradiation, des dimensions du virus de la fièvre aphteuse, souche neurotrope. — MM. P. BONET-MAURY et H. NOURY. — La méthode d'irradiation par le rayonnement du radon assigne aux deux souches du virus de la fièvre aphteuse des dimensions nettement différentes. La souche neurotrope présente une taille double de celle de la souche dermotrope. Le virus radio-inactivé ne présente aucun pouvoir immunisant.

Les variations de l'excitabilité neuro-musculaire sous l'effet de diverses substances génératrices d'acidose et d'alcalose. — M. PAUL CHAUCHARD, Mmes B. CHAUCHARD et H. MAZOUÉ et M. RAOUL LECOQ, dressant le tableau chronaximétrique de l'alcalose et de l'acidose, arrivent à la conclusion que l'acidose excite le système nerveux aux divers étages (encéphale, moelle, nerf) et inhibe le muscle, tandis que l'alcalose inhibe l'encéphale et le nerf, mais excite la moelle et le muscle. Ainsi peut s'éclairer le problème de l'origine des modifications d'excitabilité dans divers états pathologiques, tels que la tétanie, les déséquilibres alimentaires ou les avitaminoses.

Action de l'amide nicotinique sur la glycémie de l'homme normal et du diabétique. — MM. POUMEAU-DELILLE et FABIANI confirment l'action hypoglycémiante de la nicotinamide chez l'homme normal ; cette substance n'a, par contre, aucune action sur la glycémie du diabétique.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 16 mars 1943.

Une épidémie de fièvre typhoïde dans une colonie de vacances. — M. H. GRENET, Mlle GAUTHERON et M. TIRET rapportent l'histoire d'une épidémie de fièvre typhoïde qui atteignit 52 sujets dans une colonie de vacances comprenant 86 enfants de huit à quatorze ans et une quinzaine de jeunes gens ; il y eut 3 décès.

La typhoïde régnait à l'état endémique dans la région, mais il n'y avait aucun cas dans le pays même ; l'enquête permit d'établir la filiation des événements ; un jeune homme parti seul pour préparer l'installation contracta la typhoïde, sans doute en circulant dans la région, et tous les autres cas éclatèrent de dix à quinze jours plus tard, presque simultanément. Par suite du mauvais état des cabinets d'aisances, on se servait de seaux hygiéniques qui étaient lavés dans le jardin, où l'on récoltait des salades ; il y a lieu de penser que celles-ci furent souillées par les déjections du premier malade.

Les épidémies de ce genre ne peuvent pas être toujours évitées, aussi les auteurs proposent-ils d'émettre le vœu que la vaccination antityphoïdique soit rendue obligatoire pour tous les enfants qui voyagent en groupe (colonies de vacances, etc.).

M. CAMBESSÉDÈS s'associe à la proposition ; il demande que la vaccination antityphoïdique soit vivement conseillée en pareil cas, et que le refus des parents soit fourni par écrit pour mettre à couvert les organisateurs des colonies de vacances.

M. HUBER émet un avis analogue. M. TIXIER pense qu'il faut répandre le plus possible la vaccination en la conseillant, mais il est difficile de la rendre obligatoire.

M. HALLÉ croit lui aussi qu'on créerait ainsi des difficultés, les colonies de vacances ne connaissant guère à l'avance les enfants qui vont leur venir.

M. CATHALA, également très partisan de la vaccination antityphoïdique, craint que l'obligation n'entraîne des perturbations assez graves.

Finalement, le vœu suivant est adopté à la majorité : « La Société de pédiatrie, émue par les épidémies de fièvre typhoïde qui ont parfois sévi dans des colonies de vacances, émet le vœu que les enfants partant en colonies de vacances soient préalablement vaccinés contre la fièvre typhoïde, sauf opposition formelle des parents spécifiée par écrit ou contre-indication médicale. »

Syndromes diphtériques malins secondaires guéris par l'acétate de désoxycorticostérone. — M. H. GRENET, Mlle GAUTHERON et M. TIRET ont obtenu la guérison dans deux syndromes malins secondaires de la diphtérie avec des injections de hautes doses (20 et 25 milligrammes par jour) d'acétate de désoxycorticostérone, qui ne donne par contre aucun résultat dans les diphtéries malignes d'emblée.

Acétate de désoxycorticostérone et diphtérie maligne. — M. MARQUÉZY, Mlle LADET et M. BACH ont obtenu 9 guérisons sur 13 cas de diphtérie maligne traités par la sérothérapie et l'acétate de désoxycorticostérone ; ils insistent sur l'importance de la précocité de la sérothérapie et des grosses doses (30 et 40 milligrammes par jour) d'acétate de désoxycorticostérone. Il y a un inconvénient pécuniaire qui fait que ce traitement n'est guère possible qu'en milieu hospitalier, d'autant plus qu'une surveillance est nécessaire en raison de la possibilité d'œdèmes, lesquels disparaissent d'ailleurs dès l'arrêt de la médication.

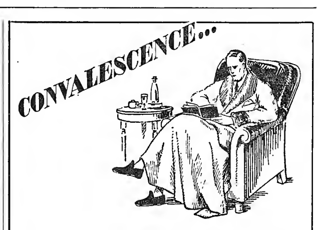
M. HEUYER n'a eu aucun résultat dans le syndrome secondaire précoce, mais il a observé des arythmies impressionnantes.

M. CATHALA a vu lui aussi de telles arythmies, ainsi que des œdèmes, sans résultats favorables sur le syndrome malin secondaire de la diphtérie.

M. GRENET insiste à nouveau, comme M. MARQUÉZY, sur l'intérêt des grosses doses d'acétate de désoxycorticostérone et sur leur action dans les seuls syndromes malins secondaires.

M. TIXIER croit qu'il faut inciter parents et médecins à instituer le plus précocement possible le traitement sérothérapique.

M. MARQUÉZY observe actuellement des cas de diphtérie chez des vaccinés où le traitement a été commencé



trop tardivement ; il faut bien savoir que la vaccination ne protège pas indéfiniment.

Réflexions sur la tuberculose rénale de l'enfant. — MM. Boppe et J.-E. Marcel, se basant sur l'étude de 28 cas de tuberculose rénale de l'enfant, donnent les conclusions suivantes : elle est assez rare, mais sa fréquence a nettement augmenté depuis deux ans, elle est bilatérale dans au moins un tiers des cas, il s'agit en général d'une forme caverno-caséeuse à évolution destructrice rapide. L'examen histo-bactériologique des urines est presque constamment positif ; il permet de dépister la tuberculose rénale, et l'urographie intraveineuse, à condition d'être correctement effectuée et interprétée, permet de la localiser ; il est utile de leur adjoindre une épreuve fonctionnelle globale (sulfone-phénol-phtaléine) : les explorations instrumentales classiques, fréquemment difficiles ou impossibles, ne sont pas indispensables chez les enfants.

Dans les tuberculoses unilatérales, la néphrectomie paraît être le meilleur traitement, à condition de la faire suivre, et parfois précéder, de climato-héliothérapie, d'un traitement diététique et d'une vaccinothérapie, pour essayer de modifier le terrain et éviter une généralisation, et surtout la tuberculisation du second rein, éventualité moins rare chez l'enfant que chez l'adulte.

M. Hallé rappelle l'existence de l'incontinence d'urine comme signe de tuberculose rénale et insiste sur l'importance du traitement diététique et de la cure héliomarine.

M. Comby a le souvenir d'un petit malade polyurique et énurésique qui mourut subitement et chez lequel l'autopsie révéla l'existence d'une pyonéphrose tuberculeuse avec cavernes rénales.

Guérison spontanée d'un sympathome embryonnaire à foyers superficiels multiples chez un nourrisson. — MM. Fèvre, M. Lamy, Moggi et J. Baudoin.

Quelques statistiques sur la rougeole et la diphtérie. — M. Heuyer et Mlle Pauliac n'ont eu en 1942 qu'une mortalité de 1,8 p. 100 dans leur service de rougeoleux grâce au boxage complet du pavillon, à une surveillance parfaite, à un personnel éduqué, et à l'emploi des sulfamides ; par contre, la diphtérie a eu 12 p. 100 de mortalité : aucun décès n'a été observé dans les diphtéries survenues chez des vaccinés ; tous les décès ont été observés dans les diphtéries traitées par le sérum après le quatrième jour. Il est important de rappeler aux médecins que la sérothérapie doit être précocement instituée.

A. Bohn.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 7 janvier 1943. (Suite.)

M. Pasteur Vallery-Radot cède la présidence à M. Faure-Beaulieu.

Les amnésies expérimentales après électro-choc. — M. Jean Delay étudie les troubles de la mémoire observés après électro-choc, en se basant sur une statistique de 980 électro-chocs effectués chez 105 malades. Les troubles amnésiques affectent 70 p. 100 des cas.

Ces amnésies se présentent sous deux grands types : *a.* rétrogrades parcellaires, lacunaires ou thématiques, oublis portant habituellement sur le thème délirant) et *b.* antérogrades, qui constitueraient non des amnésies de fixation, mais bien des amnésies de mémoration.

Amnésies rétrogrades et antérogrades peuvent s'associer et s'accompagner de délires de mémoire : fabulation, ecmnésie, paramnésie.

Du point de vue pratique, quand on fait un électrochoc ambulatoire, les malades doivent rester sous surveillance pendant toute la durée du traitement. D'autre part, l'apparition des amnésies ne restreint pas les indications du traitement et ne contre-indique pas sa continuation ; les amnésies initiales disparaissent lors des séances ultérieures ou quelques semaines plus tard.

MM. Heuyer et Lhermitte insistent sur la distinction des amnésies épileptiques banales, généralement rétrogrades, et des amnésies antérogrades liées à l'électrochoc lui-même. Ils sont d'accord sur la guérison constante de ces amnésies, dans un délai variable.

Algie fémoro-cutanée symptomatique d'un neuro-fibro-lipome périphérique. — M. R. Thurel rapporte un cas d'algie fémoro-cutanée qui présentait une particularité curieuse : l'hyperalgésie de la zone douloureuse allait en s'estompant à partir d'un point central au niveau duquel la palpation mettait en évidence un nodule, qui paraissait superficiel, mais siégeait en réalité dans le muscle vaste externe.

Il s'agissait d'une tumeur fibro-lipomateuse, dont les plages fibreuses rappellent ce que l'on observe dans les fibroblastomes des nerfs périphériques. Son ablation a fait disparaître les douleurs.

Sur le prétendu syndrome moteur préfrontal homolatéral. — MM. Barré, Giroire, Charbonnel et Colas présentent une observation, en quelque sorte expérimentale, qui démontre que le syndrome pyramidal, à la suite d'un traumatisme portant sur un côté du front, est croisé, et non homolatéral, comme certaines publications cherchent à le faire admettre. Un sujet tombe sur la bosse frontale droite ; quelques semaines après il présente, entre autres troubles, un syndrome déficitaire droit. On trépane à gauche : on trouve un gros hématome. Tous les signes déficitaires disparaissent immédiatement. Un trou de trépan est fait à droite, du côté du traumatisme : on ne trouve absolument rien.

Les auteurs conseillent aux médecins, chirurgiens et neuro-chirurgiens, que des publications récentes auraient pu ébranler, de rester fidèles, jusqu'à plus ample informé, à la conception classique des signes pyramidaux d'origine croisée, qu'ils soient irritatifs ou déficitaires.

Syndrome de démonopathie externe compliqué d'amyotrophie progressive et consécutif à une encéphalite épidémique. — M. J. Lhermitte présente un homme de trente-cinq ans qui fut atteint, à l'âge de dix-neuf ans, d'encéphalite léthargique. Après la guérison de l'état aigu, apparut une amyotrophie de la ceinture scapulaire et des bras, puis des masticateurs, et enfin des muscles de la face. Depuis six ans, le processus amyotrophique se poursuit sans relâche.

Aujourd'hui, se manifestent des troubles psychiques dont l'élément le plus saillant tient dans des hallucinations auditives verbales impératives et monotones, qui présentent le même caractère palilalique que le langage oral.

Ce fait est un nouveau témoignage de la diffusion et de l'électivité des lésions de l'encéphalite, qui frappent ici les deux pôles extrêmes du système nerveux : le neurone périphérique et l'appareil régulateur de la vie psychique.

A propos d'un cas de pseudo-sclérose de Westphal-Strümpell avec signes de diffusion. — MM. E. Carrot, J. Paraire et Charlin présentent un homme de quarante-six ans chez lequel se retrouvent tous les signes nerveux et oculaires (y compris le cercle cornéen) de la pseudo-sclérose de Westphal-Strümpell. L'existence de troubles sphinctériens et d'un signe de Babinski bilatéral témoignent d'une diffusion atypique du processus. Trois ans avant les premiers symptômes, le malade a subi un traumatisme cranien sérieux. Les lésions hépatiques ne se manifestent actuellement que par une courbe d'hyperglycémie anormale et on peut se demander si, dans de telles observations, ces lésions hépatiques ne sont pas secondaires aux lésions lenticulaires.

M. Lhermitte ne croit pas qu'on puisse admettre le caractère secondaire des lésions hépatiques ; il estime qu'il y a des faits de passage entre la pseudo-sclérose et la maladie de Wilson.

M. Garcin suit un cas de pseudo-sclérose, dans l'étiologie duquel le rôle du traumatisme paraît vraisemblable.

Tumeur du troisième ventricule opérée. — MM. Klein et F. Thiébaut présentent un homme que des crises jacksoniennes gauches, une paralysie faciale et de la stase papillaire avaient d'abord fait opérer dans la région fronto-pariétale droite. L'exploration ayant été négative, la ventriculographie fut faite ; elle montra une tumeur développée dans la cavité du troisième ventricule. Celle-ci fut enlevée à travers le corps calleux et la toile choroïdienne. C'était un neuroblastome. C'est le premier cas de tumeur du troisième ventricule enlevée avec succès publié en France.

Myxœdème et myotonie associés. — M. Thiébaut présente un malade de trente ans, chez lequel se trouvent associés un syndrome myxœdémateux et un syndrome myotonique également typiques. Le traitement thyroïdien éclaircira la question des rapports de subordination entre les deux syndromes.

J. Mouzon.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Raoul Lahhé (de Paris). — Le Dr J.-B. Desmons (de Thumeries). — Mme Daure, épouse du Dr René Daure (de Béziers). — Mme Degand, épouse du Dr Jean Degand (de Wattignies).

MARIAGE. — Mlle S. Chopinet, fille du Dr Chopinet (de Crépy-en-Valois), avec M. H. Lefèvre. — Le Dr François Jomier, fils du Dr Julien Jomier, avec Mlle Anne-Marie Bavière. Nos hiens vives félicitations.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme X. Larmurier font part de la naissance de leur fils Gilles. — Le Dr et Mme Jacques Dissez font part de la naissance de leur fille Annc. — Le Dr et Mme H. Chastagnol font part de la naissance de leur fille Irène. — Le Dr et Mme G. Patoir font part de la naissance de leur fils André. — Le Dr et Mme Becquet font part de la naissance de leur fils Robert.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Bouchet, médecin inspecteur de la santé de l'Hérault, a été détaché en qualité de médecin chef des dispensaires de l'Hérault, pour une durée de cinq ans à compter du 1er juin 1943.

M. le Dr Susini, médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Allier, est détaché en qualité de médecin du centre-médico social et thermal créé par la ville de Vichy, pour une durée de cinq ans à compter du 1er juin 1943.

M. le Dr Besse a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé des Alpes-Maritimes, au maximum pour la durée des hostilités.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Avis. Les étudiants de la classe 1942 sont convoqués au Grand Amphithéâtre de la Faculté, à partir du jeudi 1er juillet, à 9 beures de la matinée, pour y recevoir un enseignement théorique sur la thérapeutique des maladies vénériennes qui leur permettra, selon toute prohahilité, d'exercer une activité médicale durant le temps qu'ils accompliront au service du travail ohligatoire.

M. le professeur agrégé A. Sicard a été nommé sous-directeur des travaux pratiques de médecine opératoire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Desforges-Meriel (Paul), agrégé, est nommé, à titre provisoire, à dater du 16 mai 1943, professeur titulaire de la chaire d'hydrologie thérapeutique de cette faculté, en remplacement de M. Roques, transféré.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Dispensaires antituberculeux de la Nièvre. — Un concours de médecin chef des dispensaires antituherculeux de la Nièvre est ouvert.

Le médecin doit être âgé de moins de quarante-cinq ans et présenter les aptitudes physiques nécessaires.

Il devra renoncer à toute clientèle.

Les dossiers des candidatures, comprenant nn exposé des titres et travaux scientifiques, devront être envoyés à la Direction régionale de la Santé, avant le 25 juillet 1943, 7, rue Général-Lecourbe, à Besançon (Doubs).

COURS ET CONFÉRENCES

Laboratoire d'anatomie pathologique (Professeur : M. ROGER LEROUX). — *Cours de technique hématologique et sérologique*, par M. le Dr Edouard Peyre, cbef de laboratoire.

Ce cours comprendra 16 leçons et commencera le lundi 5 juillet 1943, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants : les séances comportent deux parties.

1° Un exposé théorique et technique ;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES

1. Généralités et instrumentation nécessaire. Numération des globules du sang, dosage de l'hémoglobine.
2. Le sang sec : techniques d'examen, les glohules rouges à l'état normal et pathologique, les états anémiques simples.
3. Le sang sec : glohules blancs et formule leucocytaire.
4. Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoièse.
5. Les polyglohules, les leucémies (symptômes et lésions).
6. Les anémies pernicieuses. Les syndrômes pseudo-leucémiques.
7. Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang.
8. Résistance glohulaire, propriétés hémolytiques des sérums.
9. Hémo-agglutinations (groupes sanuins- Les méthodes de transfusion. Les états hémorragiques, par M. Dujarric de la Rivière, chef de lahoratoire à l'Institut Pasteur.
10. Réactions de fixation (B. W.). Le principe.
11. Réactions de fixation (B. W.). Les dosages.
12 et 13. Réactions de fixation (B. W.). Les méthodes.
14. Les méthodes de floculation, par M. le Dr Targowla, ancien chef de clinique.
15. Cytologie des épanchements des séreuses du liquide céphalo-rachidien (réactions biologiques), par M. le Dr Targowla.
16. Les propriétés physiques appliquées au sang (*p*H, cryoscopie, viscosité, etc.).

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits.

Le droit à verser est de 350 francs. Le nomhre des auditeurs est limité.

NOUVELLES DIVERSES

Salon d'hiver. — Au prochain Salon d'Hiver qui aura lieu au Palais de Tokio, une salle sera réservée aux portraits des médecins français de l'époque contemporaine (peintures, sculptures, médailles, gravures ou dessins).

Pourront être exposées également des œuvres de maîtres (peintures, sculptures, médailles, gravures ou dessins) représentant des scènes de la vie médicale.

S'adresser au président du Salon d'Hiver : M. Rayond Sudre, 33, boulevard Exelmans, Paris (XVIe). Téléphone : Auteuil 37-30.

REVUE DES LIVRES

Vitamine antipellagreuse et avitaminoses nicotiniques, par L. JUSTIN-BESANÇON et A. LWOFF. (*Masson, éditeur*, 1942.)

La découverte de la vitamine antipellagreuse a modifié, du tout au tout, la question, ancienne et hien connue cliniquement, de la pellagre. Or aucune mise au point d'ensemhle sur le facteur antipellagreux n'a encore vu le jour, malgré le nomhre immense des travaux, de disciplines variées, publiés sur la nicotinamide, ses propriétés biochimiques et physiologiques, sa répartition dans les aliments, son rôle en pathologie humaine et animale, etc.

La vitamine P-P intéresse tout particulièrement le médecin et l'hygiéniste en cette période de restrictions alimentaires.

On trouvera, dans ce livre, non un traité de la pellagre ni de longs développements sur les aspects dermatologiques, neurologiques et psychiatriques de la maladie, mais tous les aspects biochimiques, physiologiques et biologiques, sur les fonctions de la nicotinamide et sur le rôle des avitaminoses nicotiniques, grâce à la compétence bien connue des auteurs, tant à la Faculté de Paris qu'à l'Institut Pasteur.

C'est là un travail de mise au point et de bibliographie extrêmement complet, qui facilitera beaucoup les recherches, en un temps surtout où elles sont si pénibles, voire même impossibles.

Chaque chapitre est terminé par un index bibliographique, très au courant jusqu'en juillet 1940, et même beaucoup plus loin pour les travaux les plus importants. Une table des matières alphabétique minutieuse permet de s'y reporter.

P. CARNOT.

Les médicaments d'origine biologique, par A. ASTRUC et J. GIROUX. Un volume de 417 pages. Complément de la troisième édition du *Traité de pharmacie galénique* d'A. Astruc. (*Maloine, Montpellier*, 1942.)

Ce n'est pas seulement les progrès considérables réalisés dans leur connaissance chimique et leur emploi thérapeutique au cours de ces dernières années qui justifient la réunion dans un même volume de ces quatre cbapitres du *Traité de pharmacie galénique* d'Astruc, mais c'est encore les liens étroits déjà reconnus ou seulement entr'aperçus entre ces quatre grandes catégories de médicaments d'origine biologique. *Vitamines* et *hormones* constituent en effet les véritables « instruments de travail » de notre organisme, les « *ergones* » de von Euler, et elles se rapprochent du groupe des *ferments* par leur mécanisme d'action (en plus des notions actuelles de hiocbimie qui font entrer certaines vitamines dans la constitution même de certains ferments) : il s'agit là de « hiocatalyseurs » indispensahles à l'accomplissement des réactions cbimiques qui sont le fondement même de la vie. Quant aux toxines bactériennes, elles ont une grande analogie de comportement avec les ferments, au moins en ce qui concerne certaines d'entre elles particulièrement hien étudiées, et cela justifie, du seul point de vue scientifique, l'inclusion dans cet ouvrage des *sérums, toxines et vaccins*.

Ce volume vient à son heure : il réunit des notions d'ordinaire fort éparses ; il constitue une mise au point des plus intéressante ; il permettra l'emploi plus judicieux de médicaments fort importants, dont on est en droit d'attendre les plus beaux succès thérapeutiques, mais qui, en des mains inexpérimentées, peuvent être la cause d'accidents parfois regrettables.

F.-P. MERKLEN.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

L'ÉLECTION DE G. RAMON A L'ACADÉMIE DES SCIENCES

La récente élection à l'Institut de G. Ramon a réjoui tous ceux qui suivent depuis vingt ans son patient effort et admirent les résultats de ses recherches. Il les a poursuivies au laboratoire de Villeneuve-l'Etang, créé en 1884 « en vue des expériences sur la prophylaxie des maladies contagieuses de l'homme et des animaux » et affecté en premier lieu aux recherches de Pasteur sur la rage. Ce laboratoire est devenu l'Institut Pasteur de Garches. Il s'est peu à peu considérablement développé, et G. Ramon, en continuant l'œuvre géniale de Pasteur, a fait de cet institut un admirable centre de recherches et de réalisations pratiques. Ceux qui, comme moi, ont eu le privilège d'assister aux premiers efforts de G. Ramon ont été frappés à la fois de la simplicité et de la précision de ses méthodes, et de l'importance de leurs résultats dans le domaine de l'immunologie théorique et appliquée.

Leur point de départ a été l'étude du *phénomène de floculation* observé pour la première fois par Ramon en 1922 au sein d'un mélange composé, d'une part, de filtrat du bouillon de culture de la diphtérie, d'autre part de sérum antidiphtérique. Il a établi que cette floculation a une signification spéciale et que, dans ce mélange, il n'y a plus à ce moment de toxine et d'antitoxine libres, ces deux substances s'étant mutuellement annihilées dans leurs propriétés spécifiques respectives. Les conséquences de cette découverte initiale furent capitales. Elles menèrent d'abord G. Ramon à la découverte d'une méthode économique et précise de titrage *in vitro* du sérum antidiphtérique, beaucoup plus pratique et rapide que celle qui consiste à utiliser des animaux de laboratoire ; universellement employée depuis, elle a permis de doser de nombreuses toxines ou antitoxines, de nombreux antigènes et anticorps, et, à elle seule, elle a fait réaliser de grands progrès en immunologie. Elle a, d'autre part, mené G. Ramon à la *découverte de l'anatoxine diphtérique* et du *principe des anatoxines*. Une toxine antidiphtérique, a-t-il établi dès 1923, peut se transformer sous l'influence simultanée du formol et de la chaleur, agissant dans des conditions bien déterminées, en une substance absolument inoffensive qui conserve à la fois la propriété floculante *in vitro* et l'activité immunisante *in vivo* de cette toxine. De ces recherches initiales est née une méthode générale de *vaccination par les anatoxines* qui a vite fait ses preuves (*vaccination antidiphtérique, vaccination antitétanique*) et de laquelle sont nés des procédés thérapeutiques nouveaux (*anatoxithérapie staphylococcique, séro-anatoxithérapie antidiphtérique, séro-anatoxithérapie antitétanique* et bien d'autres).

Non moins ingénieuses et fécondes en résultats ont été ses recherches sur le *principe des substances adjuvantes et stimulantes de l'immunité*, notamment l'adjonction, dans l'immunisation des chevaux fournisseurs de sérum, de *tapioca* ou d'autres substances qui, à la faveur de phénomènes inflammatoires d'intensité variable et de durée transitoire, ont une action indéniable. Bien des substances ont été depuis découvertes qui ont amélioré largement la valeur des sérums antitoxiques et permis des économies considérables de matériel, de temps et d'argent, grâce à l'utilisation des techniques précisées par G. Ramon et ses collaborateurs. C'est par cette méthode qu'ont pu être réalisées les *vaccinations associées* (notamment les vaccinations antidiphtérique, antitétanique et antityphique associées qui se sont si efficacement répandues à travers le monde) et aussi d'autres procédés comme la vaccination contre le charbon et le rouget à l'aide de virus pastoriens additionnés de gélose et d'alun.

La découverte des anatoxines a ainsi permis d'adopter des méthodes d'immunisation entièrement différentes des méthodes classiques de Jenner et de Pasteur. Alors que, dans la méthode pastorienne, le vaccin est constitué par le microbe lui-même, par le virus vivant dont la virulence est simplement atténuée, dans la méthode des anatoxines, c'est une substance inanimée chimique émanant du germe microbien qui est transformée en vaccin. Dans une longue série de recherches expérimentales, G. Ramon a précisé tous les caractères de cette *vaccination chimique* jadis appelée de leurs vœux par Pasteur et ses disciples, notamment Roux et Yersin. De l'œuvre de leur continuateur est ainsi né tout un système immunologique qui est à l'origine de nombreuses acquisitions pratiques.

C'est très justement que G. Ramon, rappelant récemment les belles paroles de Pasteur à l'inauguration de l'Institut qui porte son nom, pouvait dire que, « à plus d'un demi-siècle de distance, à l'heure précise où la loi de souffrance, de sang et de mort sévit partout dans toute son horreur, grâce en partie aux méthodes d'immunisation récemment créées et très généralement appliquées, des centaines de milliers de combattants, des milliers d'enfants, des dizaines et des dizaines de millions d'êtres humains répartis à travers le monde sont protégés contre le tétanos, contre la diphtérie, et d'autres infections redoutables et redoutées ». « Modeste artisan de l'œuvre de paix, de travail et de salut » jadis évoquée par Pasteur, en regard de l'œuvre de destruction et de souffrance de la guerre », il n'a eu, « qu'un but, en poursuivant silencieusement et opiniâtrement depuis vingt ans ses recherches immunologiques dans le calme du laboratoire, celui de contribuer à faire reculer les frontières de la vie, selon l'expression même de Pasteur ».

Le bel effort accompli ainsi par G. Ramon (et dont je n'ai pu donner ici qu'une rapide et incomplète synthèse) a été justement distingué par l'Académie des sciences lorsqu'elle l'a appelé parmi ses membres, aux côtés de son grand ancien Louis Martin et de plusieurs autres maîtres de cet Institut Pasteur où chaque jour s'élaborent tant de beaux et utiles travaux.

P. LEREBOULLET.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil départemental de la Seine.

Le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins fait connaître les résultats de ses démarches auprès des différents organismes répartiteurs : Electricité, Gaz, Charbon et divers approvisionnements professionnels.

Electricité. — 1° Les restrictions nouvelles ne s'appliquent pas aux médecins « faisant usage de l'électricité à des fins médicales », tels que médecins électro-radiologistes, médecins utilisant la diathermie et les ultraviolets, etc..., ayant une puissance totale souscrite égale ou supérieure à 30 hectowatts.

Le taux réducteur applicable à la consommation professionnelle de base de ces médecins est fixée à 70 p. 100.

Par mesure de simplification dans le cas où un seul compteur enregistrera la consommation professionnelle et la consommation domestique et où il ne sera pas possible de discriminer l'une de l'autre, ce taux réducteur de 70 p. 100 sera appliqué à la consommation totale de base.

Bien entendu, dans le cas où un compteur spécial enregistre la consommation domestique, celle-ci reste soumise aux règles applicables à cette consommation.

2° Le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins aurait désiré que les relevés portent sur une période de temps plus importante que deux mois afin de pouvoir plus facilement compenser les différences en plus ou en moins qu'ils ont avec la période de référence. Cette modification n'a pas pu être retenue pour le moment car il n'y a aucune exception à ce système en ville. Mais il a été promis que, si les modalités du contrôle étaient changées (en raison par exemple du manque de main-d'œuvre), les médecins seraient les premiers à bénéficier d'une mesure de cet ordre.

Gaz. — Les pourparlers du Conseil avec la direction des mines au sujet du gaz sont encore en cours.

Le Conseil a insisté sur la situation du médecin acculé depuis plus de deux ans par ses exigences professionnelles à utiliser une partie du gaz qui lui est accordé pour son usage domestique. Il espère que ses démarches aboutiront à un résultat favorable.

Charbon. — La réglementation nouvelle concernant les attributions supplémentaires octroyées aux médecins du département de la Seine pour l'hiver 1943-1944 comprend :

Première catégorie. — Majorité des praticiens — une dotation forfaitaire de 500 kilogrammes professionnels en plus de l'allocation domestique.

Deuxième catégorie. — Certains praticiens (O. R. L. en particulier) effectuent, chez eux, de la petite chirurgie qui nécessite l'anesthésie générale du malade et un repos de quelques heures.

Dans ces cas exceptionnels et seulement après avoir saisi le bureau départemental du charbon qui consultera le Conseil du Collège départemental de l'Ordre des

médecins, les mairies pourront consentir des attributions, à concurrence de 50 p. 100 de la consommation de référence (1) des locaux professionnels (salon, cabinet de consultations, salle d'opérations) et non de l'ensemble de l'appartement dont une partie est presque toujours réservée à l'habitation du praticien, qui dispose déjà, pouson chauffage particulier, d'une carte de foyer domestique.

L'allocation de 50 p. 100 ne se cumulera pas avec la dotation forfaitaire de 500 kilogrammes.

De même, les cliniques de consultations (non hospitalisantes) où sont effectuées des interventions chirurgicales bénignes perçoivent au titre commercial 50 p. 100 de leur consommation de référence (1).

Troisième catégorie. — Pour les radiologues et les phtisiologues, le coefficient de satisfaction est fixé cette année à 65 p. 100 comme pour les hôpitaux et cliniques. Ces attributions sont également octroyées par les mairies.

Le taux de 65 p. 100 ne doit s'appliquer qu'à la consommation de référence (1) des locaux professionnels et l'allocation ne se cumulera pas avec la dotation forfaitaire de 500 kilogrammes.

Alcool. — Chaque trimestre, les praticiens ont droit à deux litres d'alcool :

Un litre alcool nature à 90° ; un litre d'alcool dénaturé ;

(1) On entend par consommation de référence des locaux professionnels « consommation d'avant guerre proportionnée sur l'ensemble des locaux utilisables pour la profession ». Quand ce chiffre n'est pas établi, il est fixé d'accord avec le praticien par Office du charbon.

les bons correspondants sont à leur disposition au Conseil de l'Ordre.

Coton, textile. — Les demandes doivent être adressées au cours de chaque trimestre au Conseil de l'Ordre qui les transmet avec son avis soit au Comité des produits pharmaceutiques, soit au Comité du Textile. Les quantités de ces produits allouées chaque trimestre varient de 1 à 3 kilogrammes suivant la spécialité du demandeur.

Médicaments. — Pour certains produits de première nécessité que l'on trouve actuellement avec difficulté, tels que cocaïne, pilocarpine, les praticiens devront en faire la demande au Conseil de l'Ordre en indiquant obligatoirement le nom du pharmacien qu'ils auront choisi.

Le Comité des produits pharmaceutiques se mettra en rapport avec ce fournisseur pour donner satisfaction aux praticiens dans la mesure du possible.

Papier. — Pour le papier, le Conseil précise qu'il reçoit du Conseil national chaque trimestre une allocation de papier destinée aux besoins de ses bureaux. Pour rendre service aux confrères le Conseil remet à ceux qui ne peuvent s'en procurer des bons de 1 kilogramme.

Malheureusement, en raison de la faible quantité dont il dispose, il ne pourrait satisfaire à un trop grand nombre de demandes.

Aussi il recommande de n'avoir recours à lui qu'en cas d'absolue nécessité.

(*Communiqué du Conseil du collège départemental de l'Ordre des médecins.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 4 juin 1943.

Note sur une autopsie de syndrome neuro-œdémateux. — MM. J. Lhermitte, Julien Marie et Ajuriaguerra apportent les résultats de l'étude histologique des centres nerveux d'un cas de syndrome neuro-œdémateux (obs. III du mémoire de MM. R. Debré, Julien Marie et P. Seringe et R. Mande). Les auteurs ont constaté une dégénération cytologique très accusée des cellules de la colonne de Clarke au niveau de la moelle dorsale. Le bulbe, la protubérance, les nerfs, le plexus sympathique lombaire sont normaux.

Trois cas de néphrose lipoïdique de l'adulte. — MM. Pasteur Vallery-Radot, A. Busson, R. Wolfromm, M. Laudat et J. Tabone rapportent trois observations de néphrose lipoïdique pure de l'adulte. Sous l'influence du régime hyperazoté et du traitement thyroïdien à fortes doses, les deux premiers malades ont complètement guéri, tant du point de vue humoral que du point de vue clinique. Le troisième malade a mal supporté le traitement thyroïdien : il fallut s'en tenir au régime

riche en azote et pauvre en graisses. Les œdèmes ont fini par disparaître, mais on ne peut parler d'une guérison humorale complète.

Ces observations montrent la réalité de la néphrose lipoïdique pure chez l'adulte, et la guérison possible du syndrome clinique et humoral sous l'influence du régime et du traitement thyroïdien.

Trois cas de néphrose lipoïdique avec néphrite associée précocement. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, R. WOLFROMM et J. TABONE rapportent 3 cas de néphrose lipoïdique où la néphrite, au lieu d'être un mode d'évolution tardif de la néphrose lipoïdique, s'associa très précocement à cette affection. Sous l'influence du régime hyperazoté et du traitement thyroïdien poussé jusqu'au seuil nécessaire, la néphrose lipoïdique a guéri cliniquement et biologiquement. La néphrite, conséquence précoce de la néphrose lipoïdique, a guéri aussi sous l'influence du traitement de la néphrose lipoïdique.

Néphrose lipoïdique avec néphrite associée précocement. Importance du diagnostic et du traitement. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, M. LAUDAT, J. LEMANT et R. WOLFROMM rapportent une nouvelle observation où la néphrite s'associa précocement à une néphrose lipoïdique. Les deux affections guérirent sous l'influence du régime et du traitement thyroïdien. Les auteurs montrent que la néphrose lipoïdique avec néphrite associée doit être distinguée de la néphrite avec syndrome lipido-protidique associé. Lorsqu'on hésitera entre ces deux diagnostics, le traitement d'épreuve par thyroïde et régime hypercarné devra être tenté. Il importe en effet au premier chef d'instituer un tel traitement, qui peut faire disparaître la néphrose lipoïdique et en même temps guérir la néphrite.

M. FIESSINGER souligne la gravité de l'association de la néphrite à la néphrose lipoïdique.

M. HUBER a fréquemment constaté chez l'enfant l'association de la néphrose lipoïdique à un syndrome hypertensif.

M. FOUQUET a obtenu dans la néphrose lipoïdique du nourrisson d'excellents résultats par l'emploi du coagulum de lait, permettant de réaliser un régime hyperazoté.

M. GRENET rappelle une observation de néphrose et néphrite associée qu'il a publiée il y a quelques mois.

La pleurésie séro-fibrineuse dans une collectivité parisienne de 1937 à 1942. Influence de la ration alimentaire et des facteurs moraux. — MM. BARIETY, LEJARD, PASSA et BARRABE ont récemment souligné la fréquence actuelle des pleurésies traînantes, des polysérites, des rechutes pleurales souvent tardives et multiples, même chez des malades ayant dépassé largement la trentaine. Dans une collectivité privilégiée dans laquelle ni les fatigues physiques ni les soucis moraux n'ont sensiblement augmenté, et dans laquelle la ration alimentaire demeure riche et surtout très bien équilibrée, le taux de morbidité et l'évolution clinique de la pleurésie ne sont en rien modifiés.

Les auteurs soulignent la difficulté des études nutritionnelles; la prudence qui est de mise quand on veut apprécier globalement l'augmentation actuelle de la tuberculose en fréquence et en gravité ; la nécessité d'étudier soigneusement les conditions de vie et de contamination des sujets dont on parle.

Infarctus pulmonaires d'origine réflexe. — MM. R. EVEN et J. LECŒUR rapportent une observation d'infarctus pulmonaires multiples et mortels constitués en moins d'une demi-heure après une réinsufflation de pneumothorax. Ils invoquent un « réflexe d'axone », excitation antidromique de fibres sensitives donnant lieu à une vaso-dilatation capillaire, puis à l'érythrodiapédèse, et enfin à l'infarctus. Ils rapprochent, au point de vue pathogénique, cet infarctus de la congestion œdémateuse des poumons décrite par l'un d'eux dans les hémoptysies foudroyantes et des processus infarctoïdes signalés ensuite dans ces mêmes hémoptysies par MM. Jacob et Brocard.

Ces accidents de congestion œdémateuse, d'érythrodiapédèse et d'infarctus représentent les stades successifs des troubles vaso-moteurs analogues à ceux obtenus expérimentalement par MM. Justin-Besançon, Delarue et Bardin, à cette différence près qu'en clinique l'évolution brûle les étapes.

M. DE SÈZE fait les plus expresses réserves sur l'interprétation proposée. Entre la blessure pleurale et les réactions vaso-motrices constatées à l'autopsie d'autre part, il existe presque certainement un chaînon intermédiaire : embolie gazeuse massive cérébrale et diencéphalique, peut-être aussi bulbaire. Le fait que le cerveau a paru macroscopiquement normal ne saurait être opposé à cette interprétation, qui reste de très loin la plus vraisemblable, la plus conforme à l'enseignement des faits cliniques et expérimentaux.

M. LHERMITTE critique la notion de réflexe d'axone et estime que l'embolie gazeuse cérébrale doit être tenue pour responsable des accidents constatés.

Deux cas d'emphysème pulmonaire obstructif. — MM. R. EVEN et J. LECŒUR en rapportent deux observations, l'une due à un cancer à petites cellules de la bronche droite, l'autre à une dystrophie bronchique avec végétations obstruant la bronche pendant l'expiration. Les auteurs insistent sur la fréquence et sur les images radiologiques de ces emphysèmes obstructifs, ainsi que sur la nécessité de la bronchoscopie systématique en présence d'une hyperclarté pulmonaire emphysémateuse, permettant de découvrir l'obstacle bronchique. Ils posent enfin le problème des rapports qui doivent exister entre ces emphysèmes obstructifs et les kystes pulmonaires uniloculaires géants, qui selon eux doivent être fréquemment des emphysèmes obstructifs méconnus, faute d'un examen complet des bronches.

Un cas de cancer primitif de la plèvre. — MM. DUVOIR, POUMEAU-DELILLE, L. DURUPT et HADENGUE rapportent l'observation anatomo-clinique d'un cancer primitif de la plèvre, chez un homme de quarante-trois ans. L'évolution en a été particulièrement rapide en quarante-trois jours. Les auteurs insistent sur les caractères histologiques de la tumeur, qui permettent de la ranger dans le cadre des réticulo-endothéliomes à point de départ du revêtement pleural.

Action des poussières de talc sur le poumon. — M. DUVOIR présente une étude clinique et expérimentale de MM. SOREL, LASSERRE et SALVADOR (de Toulouse), concernant l'action du talc (silicate d'aluminium et de magnésium) sur le poumon. Sur 90 sujets travaillant depuis quelques mois à cinquante-deux ans, deux seulement, l'un grand gazé de guerre, l'autre de souche bacillaire, présentaient à la radio des images permettant de porter le diagnostic de silico-tuberculose.

D'autre part, des cobayes furent soumis pendant six mois à un empoussiérage discontinu, et certains furent tuberculisés par voie digestive un mois avant leur mort. De leur étude, les auteurs concluent qu'il n'existe pas de silicatose par le talc, mais que, lorsque le poumon est antérieurement lésé par une infection tuberculeuse ou banale, il peut se créer une silicato-tuberculose.

Sacralisation, lombalisation et douleurs lombo-sciatiques. — MM. S. DE SÈZE et P.-Y. PALEY apportent une statistique portant sur plusieurs centaines de cas, de laquelle il ressort que les anomalies transitionnelles de la charnière lombo-sacrée sont rencontrées avec une fréquence égale chez les sujets souffrant de douleurs lombo-sacrées et chez les sujets normaux pris comme témoins. Dans l'une et dans l'autre série, la fréquence est de 7 p. 100. Des résultats de cette enquête, les auteurs concluent qu'il n'y a pas de lien de cause à effet entre sacralisation d'une part et douleurs lombo-sciatiques de l'autre. Le terme de sacralisation douloureuse, qui implique un rapport de causalité entre la sacralisation et les douleurs, est donc contraire à l'enseignement des faits, du moins de ceux qu'ils ont observés. Cette conclusion comporte un enseignement pratique : en présence d'une sciatique rebelle, porter son attention sur une sacralisation, c'est presque toujours la détourner des causes véritables de la douleur.

M. PARAF rappelle qu'il a vu des malades chez lesquels une sacralisation entretenait des douleurs sciatiques qu'un traitement local diathermique ou anesthésique faisait disparaître.

Séance du 11 juin 1943.

Deux formes atypiques d'emphysème kystique. — M. P. PRUVOST, Mme BLANCHY, MM. ROUX-BERGER et DEPIERRE montrent qu'à côté des formes typiques de kystes gazeux et d'emphysème kystique il en est d'autres absolument atypiques, pouvant simuler soit un pneumothorax partiel, soit une caverne. Dans ces cas, un pneumothorax permet au poumon de s'écarter de la paroi thoracique et aide les cavités à reprendre leur forme arrondie et géométrique. Ils apportent deux exemples où la bulle gazeuse simulait soit un pneumothorax, soit une caverne accolée à la paroi axillaire.

Examen histologique des reins d'une femme ayant présenté une néphrose lipoïdique transitoire. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, MOLLE, P. GAUTHIER-VILLARS et R. WOLFROMM ont rapporté, il y a plus d'un an, l'observation d'une néphrose lipoïdique guérie. La malade mourut au cours d'une crise d'asthme. Les

exameus histologiques des reins ne montrèrent ni modification de l'architecture d'ensemble, ni altérations glomérulaires, ni modification des tubes, ni atteinte du tissu interstitiel. Ce cas montre qu'une néphrose lipoïdique guérie peut ne laisser aucune séquelle dans le rein, ni inclusion lipoïdique, ni lésion glomérulo-tubulaire.

Néphrose lipoïdique associée à des lésions pancréatiques. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, R. LEROUX, Mlle GAUTHIER-VILLARS, MM. G. MAURIC et R. WOLFROMM rapportent l'observation d'un malade atteint de néphrose lipoïdique pure. Les examens histologiques montraient une surcharge graisseuse du rein sans aucune lésion de néphrite. Cette constatation a un particulier intérêt, étant donnée la rareté des autopsies de néphrose lipoïdique pure. D'autres organes que le rein étaient infiltrés de graisses neutres et biréfringentes, ce qui fait penser à un déséquilibre lipoïdique généralisé. Il existait une lésion pancréatique de cause indéterminée, qui peut faire soulever l'hypothèse de l'origine pancréatique du trouble du métabolisme des graisses.

MM. S. DE SÈZE et M. DEGOS ont observé un cas de néphrose lipoïdique déclenchée chez un malade atteint de syndrome de Chauffard-Still par l'emploi des sels d'or, et qui s'améliore par le régime habituel des néphroses lipoïdiques.

L'action déchlorurante des diurétiques mercuriels chez le sujet normal et chez le diabétique insipide soumis au régime déchloruré. — MM. JULIEN MARIE, P. SERINGE et H. BRICAIRE ont constaté chez des enfants normaux soumis au régime déchloruré prolongé une forte élimination des chlorures urinaires (de 4 à 6 grammes) sous l'influence du Neptal. Dans le diabète insipide, comme l'a montré M. Julien Marie au cours du régime déchloruré, l'injection de Neptal produit bien une chasse des chlorures, mais la réduction de la diurèse est nulle. Ces constatations confirment l'existence dans le diabète insipide d'une polyurie de base, indépendante des fluctuations du $NaCl$. Cette polyurie de base, obtenue et maintenue par le régime déchloruré strict et prolongé, demeure indépendante du $NaCl$ présent dans l'organisme, puisqu'une nouvelle décharge de $NaCl$, sous le coup du Neptal, est incapable de la modifier.

Les tuberculoses de famine étudiées dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine. — MM. PIERRE BOURGEOIS, J. VIE et A. BELLIN étudient l'évolution de la morbidité et de la mortalité tuberculeuse ainsi que l'aspect clinique des tuberculoses aiguës rencontrées à la Maison-Blanche depuis le début des hostilités. Ils notent un accroissement très important de la mortalité tuberculeuse, qui est passée de 19 p. 100 en 1939 à 50 p. 100 des hospitalisés en 1943. Ils insistent sur le fait que, malgré une amélioration relative du régime de sous-alimentation des malades, la mortalité tuberculeuse a continué à croître alors que les accidents de famine régressaient de plus de moitié. Les formes de tuberculose de famine le plus souvent rencontrées sont des infiltrations nodulaires diffuses subfébriles rapidement extensives et entraînant la mort en deux à six mois. Les auteurs signalent la relative rareté des polysérites tuberculeuses, les formes caverneuses sont également rares. Les cavernes apparaissent tardivement et précèdent de peu l'issue fatale.

M. JUSTIN-BESANÇON souligne l'importance du déséquilibre du régime carencé et l'aggravation actuelle de la carence. Il propose à la Société un vœu demandant un régime spécial dans les hôpitaux pour les malades gravement carencés dont la vie est en danger.

M. EVEN estime que la tuberculose n'a pas augmenté de gravité du fait de la carence alimentaire actuelle.

Périartérite noueuse chronique en reprise évolutive. — MM. P. NICAUD et A. LAFFITTE présentent une malade de vingt-cinq ans, atteinte de périartérite noueuse déjà observée par M. Cathala, il y a quinze ans. Ils montrent l'évolution des lésions et leur aspect histologique, que des biopsies ont permis de fixer à divers stades de l'évolution. Les lésions les plus importantes portent sur la mésartère, qui est très épaissie. L'adventice est infiltrée par un abondant tissu cellulo-fibreux. L'intima est la moins touchée. Toutes les recherches étiologiques sont demeurées vaines.

Compression discale et arachnoïdite adhésive. — MM. P. NICAUD, A. LAFITTE et M. R. KLEIN montrent, à l'occasion d'un cas de sciatique dans lequel le lipiodol montra un étranglement de la colonne opaque au niveau du disque L4-L5, qu'il faut faire intervenir dans les compressions sciatiques isolées ou dans les compressions de la queue de cheval et du cône terminal des éléments

(Voir suite page V.)

multiples : la ligamentite hypertrophique, l'épidurite inflammatoire, la congestion veineuse, l'arachnoïdite adhésive, l'œdème radiculaire lui-même et enfin des modifications de texture du disque qui entraînent sa subluxation vers la cavité rachidienne.

Compression du cône terminal et de la queue de cheval par hernie discale et arachnoïdite adhésive. — MM. P. NICAUD, A. LAFITTE et M.-R. KLEIN présentent une jeune femme qui présentait des douleurs sciatiques, une diminution de la force musculaire, une abolition des réflexes achilléens et médio-plantaires, une exagération des réflexes rotuliens et enfin une anesthésie en selle. La ponction lombaire révéla une dissociation albumino-cytologique sans blocage. Le lipiodol montra un blocage complet et définitif en L4. L'opération pratiquée montra des racines agglomérées par une arachnoïdite adhésive. A la partie inférieure de L4, les racines sont prises dans un anneau fibreux et comprimées par une masse antérieure qui adhère à la dure-mère. Cette masse a la structure du disque intervertébral. La compression était due à une luxation du tissu discal associée à une arachnoïdite adhésive. Quatre mois après l'intervention, la guérison est complète.

M. S. DE SÈZE souligne la rareté des compressions sciatiques par la hernie du nucléus et les oppose à la fréquence des sciatiques dues à la saillie du disque lui-même.

ROGER PLUVINAGE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juin 1943.

Rapports. — M. MARTEL, au nom de la Commission du rationnement alimentaire, fait voter un vœu demandant le maintien de l'interdiction des antiseptiques dans les *jus de fruits* et demandant notamment que le consommateur appelé à consommer des jus traités par l'anhydride sulfureux — antiseptique indésirable — soit mis au courant du procédé employé. Enfin, le vœu rappelle que le froid artificiel est le procédé respectant le plus l'intégrité du jus de fruit, il mérite d'être retenu.

M. Martel apporte un deuxième rapport sur l'*emploi des ferments dans la fabrication de la charcuterie.*

La recrudescence de l'oxalurie. — M. LOEPER. — L'oxalémie et l'oxalurie semblent plus fréquentes dans cette période de restriction alimentaire. Cette fréquence tient à l'excès de notre alimentation végétale et hydrocarbonée, l'oxalémie étant une goutte hydrocarbonée. L'excès d'acide oxalique sanguin et urinaire accompagne d'ailleurs l'indigestion intestinale et le météorisme.

Le traitement se réduit à quatre indications principales : réduire l'alimentation hydrocarbonée, mais cela n'est guère possible, puisqu'elle est aujourd'hui la base de notre régime ; augmenter la digestion intestinale des farineux sur l'amylodiastase et les extraits pancréatiques, et cela est encore malaisé, puisque nous manquons d'extraits pancréatiques ; alcaliniser l'intestin pour rendre inabsorbable l'oxalate de chaux, et cela est plus facile ; accroître, enfin, l'élimination des hydrocarbonés dans l'organisme et dans les tissus par des excitants du foie, comme l'artichaut et aussi par deux vitamines, la vitamine B_2 et la vitamine P-P, parfois par l'insuline.

Transmission en série, à la souris blanche, de la syphilis cliniquement inapparente. — MM. LEVADITI et H. NOURY.

Contribution à l'étude d'une dermatomycose trichophytique des bovidés nommée vulgairement : « Anders ». — MM. A. et R. SARTORY et F. KOCHER.

Étude expérimentale de la durée de la résistance antituberculeuse conférée par le B. C. G. administré par scarifications cutanées. — MM. NÈGRE et BRETEY. (Présentation faite par M. TRÉFOUEL.)

Élection de deux membres correspondants dans la 11e division (chirurgie et spécialités chirurgicales). — Classement des candidats : en première ligne, MM. Anderodias (de Bordeaux) et Fiolle (de Marseille) ; en seconde ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Auvigne (de Nantes), Billet (de Lille), Lepoutre (de Lille), Papin (de Bordeaux), Villard (de Lyon) ; adjoint par l'Académie : M. Laffon (d'Alger).

MM. Anderodias et Jean Fiolle sont élus.

Séance du 8 juin 1943.

Les brucelloses de première invasion dans l'est de la France. — M. MAURICE PERRIN (de Nancy). — L'ubiquité des infections mélitococciques et le polymorphisme des formes de première invasion obligent les médecins à

y penser partout, en présence des syndromes aigus les plus divers ; les cas observés dans la région de l'Est sont rappelés à titre d'exemples. La précocité du diagnostic, s'il est fait à cette première étape de la maladie, hâte l'institution d'une thérapeutique efficace.

Contribution chronaximétrique au problème du rachitisme expérimental. — MM. RAOUL LECOQ, PAUL CHAUCHARD et Mme HENRIETTE MAZOUÉ. — L'étude des différentes variétés de rachitisme expérimental montre que la mesure de l'excitabilité neuromusculaire constitue un test précieux pour la caractérisation du rachitisme et même du rachitisme « invisible », sans lésions osseuses, qui est causé par manque de lumière et carence en vitamine D.

Les troubles nerveux ainsi caractérisés ne résident pas tant dans le nerf lui-même que dans les centres encéphalo-médullaires et semblent sous la dépendance de l'alcalose.

Plus sensible que l'examen radiographique, l'examen chronaximétrique appliqué à l'enfant pourrait rendre de grands services dans la prophylaxie du rachitisme.

Asthme anaphylactique. — M. DANIELOPOLU (de Bucarest) étudie le rôle de l'acétylcholine dans la production de l'asthme anaphylactique. Il préconise le traitement préventif et curatif de l'accès par les doses parasympathofrénatrices d'atropine.

Vacances de la Pentecôte. — La prochaine séance aura lieu le mardi 22 juin 1943.

Séance du 22 juin 1943.

Sur la transmission à l'homme d'une dermatomycose fréquente des veaux. — MM. A. et R. SARTORY, CHAVIALLE (de Mauriac) et F. KOCHER ont eu l'occasion d'étudier une dermatomycose trichophytique des bovidés nommée vulgairement *Anders* dans le Massif central. Cette infection est transmissible à l'homme : l'an dernier, un certain nombre de cas ont été signalés ; cette année, dès le printemps, la maladie a fait son apparition dans les étables du Cantal, et elle s'est développée rapidement.

Les auteurs exposent les caractères des lésions humaines, leur transmission et la thérapeutique qui semble devoir leur être appliquée.

Les lésions consistent surtout en un herpès circiné des parties glabres, quelquefois du cuir chevelu ; dans ce cas, les lésions sont toujours suppurées. La transmission se fait surtout par grattage. Une première atteinte semble immuniser. L'agent de la maladie serait une tricophytone. Traitement : épilation, badigeonnages iodés, ou iodo-iodurés, ou pommade au formol à 1 p. 100.

Curabilité de la syphilis scléro-gommeuse du foie. — M. A. SÉZARY. — Le pronostic de la syphilis hépatique scléro-gommeuse est considéré comme sérieux. Fournier et Hudelo le déclarent « des plus sombres ». D'après ces auteurs, la syphilis hépatique ne peut guérir que si le foie est simplement hypertrophié, encore régulier, où s'il s'agit d'une forme gommeuse où le parenchyme a conservé à peu près son intégrité. M. Sézary apporte une observation de syphilis scléro-gommeuse grave, où la thérapeutique spécifique a fait disparaître complètement tous les troubles de la santé et ramené le foie et la rate à leurs dimensions normales. Il faut dire que ce résultat a été obtenu grâce à un traitement persévérant et avec l'aide de médications inconnues à l'époque où l'article de Fournier et Hudelo a été rédigé.

Ce cas montre que la sclérose syphilitique du foie est complètement curable par un traitement spécifique persévérant. Les thérapeutiques spécifiques modernes ont donc notablement amélioré le pronostic de l'affection, pronostic si sombre à l'époque où l'on ne connaissait que le mercure et l'iodure de potassium. Il paraît intéressant de souligner le fait qu'il doit encourager à traiter, certes avec toute la prudence nécessaire, mais aussi avec toute l'énergie et la persévérance possibles, les cas d'hépatite dont on peut craindre l'étiologie syphilitique. Le mercure et le bismuth sont des armes thérapeutiques dont l'emploi successif permet d'obtenir les meilleurs résultats, l'arsenic trivalent ne pouvant être utilisé qu'au moment où l'insuffisance hépatique est guérie, pour tenter de réduire des séro-réactions rebelles (caractère rebelle sans doute indépendant de la lésion hépatique).

Étude du pH et du pouvoir tampon de la salive. Rôle de ses propriétés physico-chimiques dans l'étiologie de la carie dentaire. — MM. M. DECHAUME et M. VISCONTINI. — Après examen de 300 enfants ou adultes, les auteurs arrivent à conclure que le *p*H et le pouvoir tampon de la salive sont remarquablement constants chez un individu en bonne santé ; ils ne sont pas en rapport avec la présence des caries dentaires et ne se modifient que sous l'influence de troubles profonds du métabolisme général tels que la grossesse ou des états fébriles.

Un cas d'intoxication par le carbonate de baryum. — M. R.-F. BRIDGMAN.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 2 juin 1943.

Cancer de la vésicule biliaire propagé à la voie biliaire principale. Résection de la vésicule et de l'hépato-cholédoque. Hépatico-duodénostomie. Guérison opératoire. — M. F. CABY. — Rapport de M. SÉNÈQUE.

Traitement des luxations congénitales de la hanche. Indications basées sur l'arthrographie. — M. LEVEUF. — Sur 600 cas, traités orthopédiquement, l'auteur n'a trouvé que 25 p. 100 de résultats satisfaisants. Ces données sont confirmées par une statistique suédoise récente dans laquelle les bons résultats ne dépassent pas 10 p. 100.

Grâce à l'arthrographie, on peut actuellement savoir aussitôt si la réduction orthopédique est bonne. De plus, ce procédé montre souvent quel est l'obstacle.

Il faut donc insister sur la nécessité de l'arthrographie immédiate et sur l'intérêt de l'intervention chirurgicale précoce quand elle est indiquée.

Étude des phlébites par la veinographie. — MM. LERICHE et SERVELLE. — Ces études ont d'abord montré l'indépendance des territoires de la saphène interne et du reste du système veineux. Ces recherches présentent un gros intérêt dans le diagnostic étiologique des œdèmes du membre inférieur. Elles peuvent en révéler l'origine veineuse.

M. MONDOR revient sur les difficultés d'interprétation, en particulier dans les phlébites du membre supérieur à chaud. Il rappelle que MM. Olivier et Léger ont insisté sur l'absence normale de visibilité de la veine sous-clavière plus haut que la clavicule.

Hyperplasie massive des glandes mammaires chez une jeune fille. Mammectomie partielle bilatérale. — M. MONTANT. — Rapport de M. SOUPAULT, qui rappelle l'évolution rapide de l'affection, son origine endocrinienne, la nature glandulaire de l'hypertrophie.

M. BROCQ insiste sur les difficultés techniques lorsque l'hypertrophie est considérable.

M. ROUHIER a vu plusieurs cas où l'affection était unilatérale.

M. BERNARD a fait, chez une malade, la greffe libre du mamelon.

M. ʊ OURMENTEL estime qu'il faut préférer la transposition pédiculée du mamelon.

Séance du 9 juin 1943.

A propos de l'hypertrophie massive des seins. — MM. REDON, RAYMOND BERNARD et JACQUES LEVEUF rapportent chacun une observation de cette affection.

Un cas de fracture transcotyloïdienne. — M. PETRIGNANI. — M. BASSET, rapporteur, discute les différentes méthodes de traitement de ces fractures.

A propos des cancers de la lèvre inférieure. — M. RAYMOND IMBERT. — Rapport de M. BARBIER.

Traitement des embolies pulmonaires graves post-opératoires par la novocaïne intraveineuse. — M. DEBELUT. — M. FUNCK-BRENTANO, rapporteur. — Sur trois observations, l'une est un échec, les deux autres des succès de cette thérapeutique. La diminution rapide de la dyspnée semble un des meilleurs tests d'action de la méthode.

M. FUNCK-BRENTANO rapporte également un cas favorable de M. JOUANNEAU.

M. RUDLER a obtenu un résultat favorable.

Commentaires sur cinquante cas de volvulus partiel de l'intestin grêle. — MM. MIALARET et BOUDREAUX, insistant sur la fréquence des brides dans ces volvulus, distinguent entre volvulus par bride entraînant une occlusion et occlusion par bride entraînant un volvulus secondaire.

Les auteurs étudient les différentes dispositions possibles des brides. La fréquence qui paraît plus grande à l'heure actuelle peut être attribuée à l'amaigrissement et à l'alimentation végétale qui alourdit l'intestin. La notion d'opération chirurgicale antérieure est capitale. Dans toutes les observations, l'examen radiologique permettait d'affirmer l'occlusion du grêle ; rarement on retrouvait les signes spéciaux de volvulus.

Au point de vue pronostique, la mortalité de la résection est à peu près la même que celle de la détorsion. Globalement, elle est de 57 p. 100. Dans les causes de mortalité, il faut insister sur la fréquence des complications septiques.

Présentation de malade. — M. JEAN QUÉNU.

JACQUES MICHON

SOCIÉTÉ DE CARDIOLOGIE

Séance du 16 mai 1943.

1. P.-N. DESCLAMPS : Insuffisance myocardique primitive à marche rapidement mortelle.
2. SOULIÉ, JOLY, BOUVRAIN : Aspects radiologiques inhabituels du cœur chez l'enfant.
3. LENEGRE et HAZIM : Les lésions myocardiques dans les aortites syphilitiques.
4. DONZELOT : Déformations transitoires des courbes électriques après accès de rythme hétérotope.
5. BOUMARD (d'Angers) : A propos d'une ectasie de l'aorte abdominale sans signes périphériques.
6. MOUQUIN, LANGEVIN et CHATEAU : Communication interventriculaire avec inversion des gros vaisseaux de type exceptionnel. Très longue survie.
7. LIAN et FACQUET : Les frontières du flutter auriculaire.
8. LIAN, FACQUET et ALHOMME : Le régime sec dans les grandes insuffisances cardiaques.
9. GAQUIERE et DECRESSAC (d'Angoulême) (présenté par C. LIAN) : Crises rapprochées d'œdème aigu pulmonaire. Espacement considérable des accès sous l'influence d'infiltrations stellaires novocaïniques.
10. MÉRIEL, DE BRUX et BOLLINELLI (de Toulouse) : A propos du syndrome de Stokes-Adams.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Paul Darbois, électro-radiologiste honoraire des hôpitaux de Paris. — Le Dr J. Derome père (de Valenton). — Le Dr A. Degez (de Paris). — Le Dr Maurice Guérin (de Poitiers). — Le Dr Bouisson (de Marseille). — Mme Jabouille-La Salle, femme de notre confrère le Dr Jabouille-La Salle (d'Yzeure).

FIANÇAILLES. — Mlle Marie-Claire Cordier, fille du Dr Pierre Cordier (de Lille), avec M. Georges Clarisse.

MARIAGE. — Mlle Jacqueline Tournay, fille du Dr Raymond Tournay, avec M. Pierre Wallois, externe des hôpitaux.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Henri Diriart font part de la naissance de leur fils Jean-Loup. — Le Dr et Mme Henri Bédrine font part de la naissance de leur fils Alain. — Le Dr et Mme Albert Netter font part de la naissance de leur fille Geneviève. — Le médecin principal de la marine et Mme André Hébraud font part de la naissance de leur fils, Bernard. — Le Dr et Mme Charles Besse font part de la naissance de leur fils Jacques.

FACULTÉS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Mises à la retraite. — Paris. — MM. les professeurs Couvelaire (2 septembre 1943) ; Tanon (17 septembre 1943) ; MM. les professeurs agrégés Brûlé (31 janvier 1943), Moure (29 septembre 1943).

Alger. — M. le professeur Porot (23 mai 1943).

Bordeaux. — MM. les professeurs Duvergey (13 septembre 1943) ; Lande (20 juillet 1943) ; Rocher (28 mai 1943).

Lille. — M. le professeur Bertin (24 novembre 1942).

Lyon. — M. le professeur Arloing (28 février 1943) ; Favre (13 mai 1943) ; Morel (28 février 1943) ; Patel (13 décembre 1942).

Montpellier. — M. le professeur Boudet (10 mai 1943).

Nancy — M le professeur Fruhinsholz (17 janvier 1943).

Toulouse — M le professeur Lafforgue (17 octobre 1942).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE — M Lambret, professeur de clinique chirurgicale, retraité depuis le 1er mai 1943, est prorogé pour 1943-1944

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. Girard, professeur suppléant de pathologie interne, est nommé professeur titulaire de pathologie interne en remplacement de M. Hautefeuille, décédé.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. le professeur Marcland, directeur honoraire, est chargé provisoirement du cours de parasitologie.

M. Basset, professeur suppléant, est chargé provisoirement du cours de bactériologie.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PAPIS. — Jury du concours de médecin des hôpitaux. — Nomination : MM. les Drs Harvier, Lemaire, Jacquelin, Troisler, Cbabrol, Tixler, Grenet, Laporte, Escalier, Carrié, Fiessinger, Duvoir, Turiaf, Rambert.

Jury du concours de l'Externat. — MM. les Drs Lafitte, Fauvert, Salles, Deparis, Padovani, Longuet, Poilleux, Cauchoix, Merger.

Concours de l'Internat de la région de Paris. — Liste, par ordre de mérite, des candidats reçus internes. — MM. de Person, Pouchol, Chardin, Guilleminot, Prévost, Pillot, Blanguernon, Matet, Vermeulen, Tola Ricardo, Mlle Bricard Marie, MM. Boyet, Caye, Lepagney, Viollet, Barral, Pesle, Sgard, Poulain, Maille, Sevin, Monfrais, Deniziaut, Flouquet, Levesque, Brière, Poujol, Melun, Mlle Fagnot, MM. Tsevrenis, Chibout, Mlle Léonard, MM. Bidault, Hoskinas, Dessus.

Liste des membres élus du Conseil national de l'Ordre des médecins. — Dr Puig (Cboisy-en-Brie) ; Dr Duvellerov (Plaine-Saint-Denis) ; Dr Hollier (Epinay-sur-Orge) ; professeur Balthazard (Paris) ; Dr Coutela (Paris) ; Dr Berche (Bétbune) ; professeur Perrin (Nancy) ; Dr Deroche (Reims) ; Dr Lemarchal (Laon) ; Dr Deguignan (Dijon) ; Dr Carlotti (Auneau) ; Dr Choyau (La Roche-sur-Yon) ; professeur Auvigné (Nantes) ; Dr Philippon (Brest) ; Dr Fabre (Verneuil) ; professeur Aubertin (Bordeaux) ; Dr Caffort (Toulouse) ; Dr Hervy (Limoges) ; Dr Barret (Saint-Etienne) ; Dr Blanc (Aix-les-Bains) ; Dr Fichot (Clermont-Ferrand) ; professeur Etienne (Montpellier) ; Dr Laures (Toulon).

Représentant de l'Académie de médecine : Dr Brouardel.

Membres cooptés : Dr Oberlin (Paris) ; Dr Durand (Courville) ; profeseur Portes (Paris); Dr Mahoudeau (Amboise) ; Dr Cibrié (Paris).

Ordre des médecins. — Conseil supérieur de l'Ordre. — La Commission des médecins sinistrés du Conseil supérieur de l'Ordre, devant la multiplicité des diverses urgences actuelles, tient à faire appel à la solidarité médicale.

Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers.

La Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers, qui siège au Conseil national de l'Ordre, 60, boulevard de Latour-Maubourg, a organisé, en accord avec celui existant déjà, un service de documentation, d'indication de postes, clientèles, etc., en faveur des médecins revenant de captivité.

Ces derniers, pour tous renseignements, n'ont qu'à s'adresser soit à M. le Dr Grasset, 5, boulevard Montparnasse, Paris ; soit à M. le Secrétaire de la Commission, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris. Tél. : Inv. 16-03.

Relève des médecins, pharmaciens et dentistes maintenus en service dans les camps de prisonniers en Allemagne. — *Article unique.* — Pour l'application de la loi no 191 du 25 mars 1943, les étudiants en médecine, titulaires de plus de vingt inscriptions validées, pourront être requis dans les mêmes conditions que les docteurs en médecine.

Les étudiants en chirurgie dentaire, titulaires de plus de dix inscriptions validées, pourront être requis dans les mêmes conditions que les chirurgiens dentistes diplômés.

École polytechnique. — Par arrêté du 1er juin 1943, M. le Dr Jean Tournier-Lasserve, médecin en chef de 1re classe du corps civil de santé, a été nommé médecin-chef de 3e classe à l'Ecole polytechnique. — M. le Dr Louis Deumie, médecin de 1re classe du corps civil de santé, a été nommé médecin adjoint de 4e classe à l'Ecole polytechnique. (*J. O.*, 12 juin 1943.)

Ligue française d'éducation physique. — La Section médicale de la Ligue française d'éducation physique, Comité Ile-de-France, qui groupe les médecins s'intéressant à l'éducation pbysique et aux sports s'est réunie sous la présidence du Dr Balland, cbargé de mission au Commissariat général à l'Education générale et aux Sports, le dimancbe 30 mai, pour mettre au point son programme de travail.

Le Bureau a été composé comme suit : Dr A. Ricbard, président ; Drs Ruffier, Houdre et Piédallu.

La Section médicale se propose de créer, à l'usage des confrères, des professeurs d'éducation physique et des membres de l'enseignement, un Centre de documentation et d'information :

1o Sur le contrôle médical scolaire et sportif ;

2o Sur les techniques de l'éducation physique avec conférences et démonstrations.

Le Dr Fournie, de Bordeaux, président général de la Ligue, a chargé la section médicale du Comité Ile-de-France d'organiser la partie scientifique du Congrès d'études de la Ligue française d'éducation pbysique qui aura lieu à Paris, au cours de la deuxième quinzaine de septembre.

La Section de Rééducation physique organisera la partie pédagogique du Congrès.

REVUE DES LIVRES

Précis de neurologie, par M. L. RIMBAUD. 3e édition, 1943, 960 pages, 241 figures en noir et en couleur, (*G. Doin, éditeur, Paris.*)

L'éloge du *Précis de neurologie* du professeur Rimbaud n'est plus à faire. Le juste succès des deux premières éditions, qui se sont succédé en quelques années, a été la consécration de cet ouvrage simple, clair et métbodique.

Le professeur Rimbaud a voulu faire, en effet, de ce précis un livre de médecine pratique et non un ouvrage de science neurologique pure. Il a réussi à condenser en un volume facilement maniable ce que tout médecin doit savoir en pathologie nerveuse, accordant à la clinique et à la tbérapeutique une part prépondérante. Digne successeur du professeur Grasset, il est resté attaché à sa solide doctrine et aux notions classiques que le temps a montré intangibles. Il y a greffé l'exposé des faits nouveaux et s'est toujours efforcé de tenir son ouvrage au courant des progrès incessants de la neurologie clinique.

C'est une mise au courant nouvelle que constitue cette troisième édition. Elle comporte un élargissement des cbapitres de tbérapeutique, notamment en ce qui concerne la paralysie générale et l'épilepsie ; la vitaminothérapie a été plus largement exposée ; le traitement des méningites cérébro-spinales a été refondu en mettant au premier rang qui lui revient aujourd'hui la sulfamidothérapie. Un chapitre est consacré à l'électro-encépbalographie. La description des maladies à virus neurotrope, celle des bémorragies méningées ont été modifiées. L'étude des troubles vestibulaires a fait l'objet d'un important cbapitre dû à la compétence du professeur Barré.

Nul doute que ce précis ne continue à rendre les plus grands services aux médecins et aux étudiants, pour lesquels l'auteur a surtout écrit ; les neurologistes eux-mêmes trouveront à sa lecture le plus grand profit, car c'est aujourd'hui, à notre connaissance, l'ouvrage le plus moderne de neurologie. JEAN LEREBOULLET.

L'année médicale pratique (XXIIe ANNÉE), édition 1943, publiée sous la direction de C. LIAN, professeur d'histoire de la médecine, médecin de l'hôpital Tenon, préface du professeur E. SERGENT. Un volume in-16 couronne, 400 pages. (*Edition Lépine.*) Prix : 65 francs.

Tous les médecins connaissent l'*Année médicale pratique*, ce petit volume annuel indispensable à tous ceux qui tiennent à être au courant de l'évolution de la médecine et à faire profiter leurs malades de tous les progrès dans les domaines respectifs du diagnostic et de la thérapeutique.

Tous les précieux renseignements que contient ce volume sont très faciles à trouver, car les articles sont classés par ordre alphabétique. C'est dire le succès constant et mérité de cet ouvrage attendu chaque année par des milliers de médecins.

La nouvelle édition qui vient de paraître contient toute une série de cbapitres d'actualité et rendra certainement les plus grands services. J. L.

Pr E. GUYENOT (de Genève), ***L'Hérédité***, 3e édition, *Encyclopédie scientifique*, G. Doin, édit., 1943.

Le livre, rapidement devenu classique, de E. Guyenot sur *L'Hérédité* (dans la Bibliothèque de Biologie générale dirigée par le Pr Caullery), paraît en une 3e édition complètement transformée, tant ont été rapides (principalement en Amérique) les progrès étourdissants de la Génétique.

Cette nouvelle édition comprend, en effet, maintenant, 717 pages, et son index bibliograpbique, à lui seul, comprend 80 pages !

La documentation en est donc considérable et très au courant, malgré les difficultés de l'heure.

Le livre I est relatif aux lois de l'hybridation, à la disjonction des caractères et à la pureté des gamètes.

Le livre II, aux cbromosomes, véhicules de l'hérédité ; à l'hérédité liée au sexe ; aux associations de gènes (ou linkage), etc.

Le livre III, au « lieu » des gènes dans les chromosomes ; aux recombinaisons ; au « crossing-over ».

Viennent ensuite le IVe livre sur les déductions génétiques ; les cartes cytologiques de chromosomes, les cbromosomes géants des glandes salivaires ; le Ve, sur l'interprétation factorielle des gènes, l'analyse du patrimoine béréditaire, l'activité des gènes dans l'hybride, le milieu génotypique ; le VIe, sur la phéno-génétique ; le VIIe sur la mutabilité et l'instabilité des gènes, la nature de ces gènes, le cytoplasme et l'bérédité.

Vient, enfin, le dernier livre sur des problèmes spéciaux d'hérédité : viabilité et létbalité ; hérédité mendélienne alternative ; croisement entre espèces et stérilité interspécifique ; détermination du sexe chez les animaux et les végétaux ; hérédité chez l'homme et maladies héréditaires.

Ces différents cbapitres font connaître l'immense travail accompli en génétique, la branche la plus neuve et la plus étonnante de la Biologie contemporaine.

La renommée du savant professeur de Genève, ses beaux travaux personnels, sa documentation étrangère, sa clarté, même pour des problèmes d'une extrême complexité, assurent le succès qu'ont eu déjà les précédentes éditions.

En son domaine où l'hérédité joue un si grand rôle, le médecin, malgré les difficultés du sujet, ne peut se désintéresser d'un effort aussi fécond, et il est reconnaissant au Pr Guyenot de l'aider à le comprendre. P. CARNOT.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

ORDRE DES MÉDECINS

A propos de la médecine d'usine. — Le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins, après étude de la circulaire du ministre d'État au Travail relative aux statuts et aux fonctions des médecins d'entreprise, rappelle aux médecins de la Seine :

1° Que tout médecin d'établissement industriel ou commercial doit être inscrit au Tableau de l'Ordre ;

2° Que la médecine du travail est essentiellement une médecine de prévention (visite d'embauche, hygiène, prophylaxie, dépistage de maladie, classement physiologique des salariés) ;

3° Que le médecin d'usine n'a le droit de soigner les accidentés du travail et les malades atteints de maladies professionnelles que lorsque leur état ne nécessite pas une interruption de travail ;

4° Qu'au sujet des maladies générales le médecin d'usine ne peut que : « donner ses soins au personnel pour des affections bénignes et passagères n'entraînant pas l'interruption du service et ne nécessitant pas de soins suivis ; exceptionnellement une ordonnance pourra être remise et la même feuille d'assurance sociale ne pourra être signée qu'une fois seulement avec la mention : *Consultation gratuite exceptionnelle* ».

Le Conseil insiste sur le caractère exceptionnel des soins qui peuvent être ainsi donnés au siège de l'entreprise ;

5° Que, si « certains soins peuvent être donnés au service médical de l'entreprise pour toute maladie demandant un traitement suivi sur demande *écrite* du médecin ayant ordonné ledit traitement », le Conseil considère qu'une pareille autorisation par le médecin traitant ne doit être donnée que très exceptionnellement et seulement lorsque l'intérêt du malade l'exige formellement, afin de ne pas détourner le médecin d'usine de son rôle primordial de dépistage et de prévention ;

6° Enfin, le Conseil départemental avertit les médecins de la Seine qu'il juge incompatibles les fonctions de médecin d'entreprise et de médecin d'un dispensaire de soins de la même usine. Le principe de ces dispensaires de soins ayant été condamné récemment encore par le ministère du Travail (dans le premier bulletin de la Charte du travail) et étant opposé aux règles de la Charte médicale à laquelle le Conseil reste attaché.

Honoraires des vacations auprès des collectivités. — Le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins a décidé que le taux minimum de la vacation est fixé à 150 francs pour la première heure et 100 francs pour les heures supplémentaires.

Service automobile de nuit. — La pénurie d'essence nous oblige à supprimer à dater du 5 juillet le taxi de nuit existant à Marmottan.

Nous avons demandé à la Compagnie S. L. O. T. A., qui assure déjà les transports médicaux de jour, d'envisager l'organisation d'un service automobile de nuit, qui, prévu dès son début pour pouvoir donner satisfaction au plus grand nombre de demandes possible, commencera à fonctionner le 10 juillet avec le minimum de voitures, mais pourra au fur et à mesure des besoins augmenter son effectif.

A partir du 10 juillet et pour le moment *au seul usage des docteurs et sages-femmes, et en cas d'urgence* seulement, les demandes devront être adressées entre 20 h. 30 et 7 h. 30 à la S. L. O. T. A., Suffren 08-73 et 08-74.

Les docteurs qui ne sont pas encore inscrits au service de jour S. L. O. T. A., et, partant, non en possession du chéquier médical donnant le permis d'utilisation des voitures de cette Compagnie, devront d'urgence aller s'inscrire 8, rue de la Cavalerie (métro La Motte-Picquet), de 8 heures à 19 heures.

Les sages-femmes devront aller s'inscrire également. Elles remettront au chauffeur, en montant en voiture, une formule sur papier à leur nom, donnant détail du bien-fondé de la demande.

Le tarif de nuit reste pour l'instant le même que celui de jour :

Prise en charge : 60 francs, donnant droit à l'utilisation de la voiture pendant une heure et à 16 kilomètres.

Chaque quart d'heure en plus : 20 francs, donnant droit à une bonification kilométrique de 4 kilomètres.

Les kilomètres supplémentaires sont décomptés à 4 francs le kilomètre.

La durée de location est décomptée de la façon suivante :

Au moment où la voiture sort du garage pour se diriger à l'adresse indiquée, le chauffeur fait pointer sa fiche de commande à l'horodateur et note le chiffre des kilomètres au compteur.

Une fois la course terminée, il n'a donc qu'à décompter le temps écoulé entre l'heure marquée sur la fiche et l'heure indiquée à sa montre, ainsi que la différence entre le chiffre des kilomètres marqués au compteur et le chiffre marqué sur la fiche.

Aucune somme ne sera comptée en durée et en kilomètres pour le retour de la voiture au garage, celle-ci devant être rendue disponible obligatoirement dans l'enceinte parisienne.

Défense du corps médical en face de la nouvelle loi fiscale. — La dernière loi fiscale du 24 octobre 1942 entre dès maintenant en application pour le recouvrement des impôts sur les bénéfices professionnels de 1942. Les membres du corps médical ont le choix pour l'établissement de ces impôts entre le régime nouveau basé sur un forfait et le régime ancien basé sur le bénéfice réel. Dans les deux cas, le contrôleur reste le maître absolu de l'évaluation du bénéfice net imposable.

Sous le régime de forfait, s'il y a divergence entre le contrôleur et le contribuable, le litige est soumis, par l'administration, à l'avis d'un représentant de l'Ordre des médecins délégué à l'évaluation de forfait ; si un accord n'intervient pas, la procédure du forfait est abandonnée et le médecin intéressé est soumis automatiquement au régime du bénéfice réel.

Dans le régime du bénéfice réel, si le contribuable formule une protestation contre l'évaluation du contrôleur, celui-ci communique le dossier à un préconciliateur désigné par l'Ordre qui donne par écrit son avis inséré au dossier.

Si le désaccord persiste, le litige est porté, par les soins de l'administration, devant la Commission départementale des impôts directs composée de quatre médecins et de quatre fonctionnaires, dont le plus élevé préside avec voix prépondérante.

Le conseil départemental de l'Ordre a procédé à la désignation de quatre commissaires titulaires doublés de quatre suppléants pour la commission départementale. Il a chargé quatorze confrères — cinq cliniciens et neuf spécialistes — de remplir le rôle de préconciliateurs. Quatorze autres confrères ont été, dans les mêmes conditions, délégués à l'évaluation du forfait. Tout est donc mis en place pour assurer, dans le fonctionnement de la nouvelle loi fiscale, la sauvegarde des intérêts du corps médical.

Le Dr Tissier-Guy, membre du conseil de l'Ordre, a été chargé de la coordination du service fiscal et se tiendra à la disposition des confrères le vendredi, de 17 heures à 18 h. 30, au siège de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain.

Relèvement des honoraires médicaux pour les soins aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi des pensions. — Le conseil est informé que l'arrêté ministériel portant relèvement des tarifs pour l'article 64 paraîtra à l'*Officiel* dans le courant du mois de juin. Il aura effet rétro-actif du 1er janvier 1943.

Voici, à titre d'indication, quelques-uns des nouveaux tarifs :

Consultation	25	francs.
Visite à domicile	30	—
Visite à heure fixe	40	—
Visite du dimanche	40	—
Visite de nuit	60	—
Consultation du spécialiste	50	—
Visite du spécialiste	60	—

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juin 1943.

Notices. — M. Ribadeau-Dumas donne lecture d'une émouvante notice nécrologique sur M. Emile Sergent, ancien président.

M. Lhermitte retrace la vie et rappelle les travaux de M. Ollive, correspondant national (de Nantes).

Les ponctions biopsies dans le diagnostic des affections hépatiques. — MM. Noel Fiessinger, Maurice Roux et Francis Lambotte rapportent le résultat de leur expérience au sujet des ponctions biopsies du foie suivant la technique qu'ils ont adoptée avec M. Chiray en 1941. Sans déplorer la moindre complication et avec seulement 15 à 20 p. 100 d'échecs, ces auteurs insistent non seulement sur la valeur de contrôle, mais surtout de découverte pour des diagnostics qui resteraient inconnus sans l'argument histologique : dégénérescence amyloïde, cirrhoses pigmentaires simples, cirrhoses et cancer, et hépatite dégénérative dans l'ictère catarrhal prolongé.

La ponction biopsie du foie devient ainsi une technique indispensable pour le diagnostic de certaines hépatomégalies, et sa pratique est inoffensive dans les conditions formulées par ces auteurs : gros foies durs, sans ascite et sans hémorragie, et en adoptant l'aiguille et la technique qu'ils ont employées.

La tuberculisation par les bacilles morts. — M. Auguste Lumière rappelle les injections expérimentales de cadavres bacillaires (Prudden et Hodenpyl) qui ont mis en évidence cette conclusion que les bacilles stérilisés sont capables de reproduire les principaux symptômes et les lésions de la tuberculose infectieuse (Straus et Gamaléia). D'autre part, la persistance de la présence des bacilles morts permet de comprendre certains phénomènes concernant la pathogénie de la tuberculose, et notamment la formation des abcès froids et des tubercules résultant de l'irritation des éléments cytologiques par les corps bacillaires, constatation qui conduit à la genèse des cellules embryonnaires, épithélioïdes et des cellules géantes.

La rareté des bacilles constatée dans les lésions tuberculeuses et dans les produits pathologiques qui en dérivent est due à l'insuffisance de la fonction hypophysaire. C'est de ce côté que s'orientent les recherches de l'auteur.

Sur un élément de pronostic dans les affections mentales. — M. Barbé. — Une persistance régulière et normale des contractions iriennes permet de porter un pronostic favorable, alors que l'absence de ces contractions permet, dès le début des troubles mentaux, d'envisager une évolution probable vers un état démentiel.

Les industries de salaison et de charcuterie sont des industries de fermentation. — M. Mazé.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Réception des membres de la Société de chirurgie de Lyon.

Séance du mercredi 16 juin 1943.

La place de la cholédoco-duodénostomie dans le traitement de la lithiase cholédocienne. — M. Mallet-Guy passe en revue les avantages et les inconvénients de la méthode, et insiste sur la simplicité habituelle des suites opératoires immédiates.

Discussion. — M. Rochet, M. Soupault.

Traitement des ostéosarcomes des membres. — M. Tavernier insiste particulièrement sur la supériorité des amputations tardives prouvée par les statistiques et sur l'innocuité de la biopsie.

Discussion. — MM. Rouhier, Moulonguet, Redon et Delarue, Fèvre, Sorrel, Roux-Berger.

La résection transurétrale dans le traitement du cancer de la prostate (A propos de 100 observations). — Se basant sur son importante statistique, M. Cibert montre que cette intervention permet une survie égale à

celle que donne la cystostomie, et dans des conditions beaucoup moins pénibles pour les malades.

Discussion. — MM. Fey, Louis Michon, Gouverneur.

Diagnostic très précoce de l'occlusion aiguë de la fin du grêle, grâce à la radiographie abdominale sans préparation. — M. Rochet.

Incontinence d'urine et spina-bifida occulta. — M. Perrin, sur 15 cas, a obtenu 14 bons résultats par l'intervention chirurgicale, dont les indications doivent être posées avec prudence.

Discussion. — M. Bréchot.

Séance du jeudi 17 juin 1943.

Hémorragies viscérales post-opératoires dans la chirurgie osseuse des jeunes. — M. Guilleminet.

Traitement actuel du mégaœsophage par cardiospasme. — M. Santy a eu l'occasion d'observer 27 cas. Trois fois il a réalisé une splanchnicectomie : deux fois d'un seul côté avec deux échecs ; une fois des deux côtés avec un résultat passable. Dans les 24 autres cas, l'auteur a fait une neurotomie et myotomie extra-muqueuse avec une seule mort et 23 succès.

Discussion. — MM. Ameline, Soupault, Sénèque.

Réflexions sur une série de 155 myomectomies. — M. Cotte souligne l'intérêt de cette thérapeutique ; les complications des myomes sont une des principales raisons de ne pas pratiquer cette myomectomie.

Discussion. — MM. Hartmann, Mocquot, Rouhier, Basset.

Réflexions à propos de 1 200 ligamentopexies de l'utérus. — M. Pollosson.

Discussion. — MM. Rouhier, Kuss, Basset, Gueullette.

Indications et résultats éloignés de la splanchnicectomie dans les vésicules de stase. — M. Mallet-Guy a pratiqué vingt-trois fois cette opération avec des résultats constants et parfaits.

La légitimité de l'intervention des arachnoïdites de la queue de cheval. Résumé de 24 opérations. — M. Ricard.

Jacques Michon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 18 juin 1943.

Compression de la queue de cheval par hernie médiane ou juxta-médiane du disque intervertébral. — MM. D. Petit-Dutaillis, S. de Seze et Ch. Ribadeau-Dumas présentent cinq observations de compression de la queue de cheval par hernie du disque intervertébral, se traduisant par des douleurs sciatiques bilatérales, aréflexie achilléenne, anesthésie en selle, troubles sphinctériens, dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien et dans deux cas par une véritable paraplégie. Les antécédents traumatiques ou micro-traumatiques, la notion de poussées lombalgiques ou sciatalgiques à répétition, le pincement radiologique et surtout la forme et la topographie de l'arrêt lipiodolé fournissent les meilleurs arguments en faveur de l'origine discale de la compression. Les auteurs insistent sur l'importance des lésions associées, méningées, nerveuses, ligamentaires, veineuses, osseuses même, qui rendent compte pour une large part de la sévérité relative du pronostic. Il n'est pas toujours possible, même par les interventions les mieux conduites, d'éviter la persistance des signes déficitaires plus ou moins importants.

Résultats du traitement chirurgical dans 35 cas de sciatiques rebelles opérées. — MM. S. de Seze et R. Caux. — Sur 360 cas de sciatiques, 36 ont été opérées parce qu'elles demeuraient rebelles à tous les traitements. Dans les cas (4/5 des cas) où l'opérateur a trouvé une compression de la racine par une hernie discale dont il a pratiqué l'ablation, les résultats ont été presque constamment parfaits, très bons ou bons. Dans les cas (1/5) où l'on s'est contenté d'une laminectomie, les résultats ont été presque toujours médiocres ou mauvais. Les auteurs estiment que la méthode consistant à décomprimer les racines par une laminectomie simple est peu sûre et rarement efficace. Quand le lipiodol montre une image typiquement discale, il faut rechercher la hernie avec soin et l'enlever chaque fois que la chose est possible. Dans les autres cas, la laminectomie, telle qu'elle est habituellement pratiquée, est un traitement aléatoire. La radicotomie postérieure donne plus de sécurité. Les auteurs insistent sur cette notion que le traitement chirurgical doit être réservé aux sciatiques très rebelles, après échec de tous les traitements non sanglants essayés pendant un temps suffisant.

M. Coste estime lui aussi à environ 10 p. 100 le nombre des cas de sciatique chirurgicaux. Le traitement médical est celui qui convient à la majorité des sciatiques. La radicotomie postérieure pourrait améliorer le pourcentage des guérisons dans les cas opérés.

M. Peron est d'avis que, le canal rachidien étant assez large à la région lombaire, seule une compression importante peut atteindre les racines. D'autre part, la laminectomie peut présenter des inconvénients pour la statique.

Le traitement du mégaœsophage. — MM. P. Hillemand, Cherigles, Servelle et Viguie rapportent les résultats de leurs recherches portant sur 10 cas de mégaœsophage. Les infiltrations splanchniques gauches provoquent immédiatement des contractions péristaltiques et un passage de la substance opaque à travers le cardia. Les malades sont dans l'ensemble améliorés du point de vue fonctionnel et général, mais de façon transitoire. Les infiltrations permettent donc de supporter une poussée évolutive et constituent au pis un excellent temps pré-opératoire. La splanchnicectomie gauche n'a pas répondu aux espoirs qu'elle donnait. Dans 3 cas les auteurs n'ont obtenu qu'une guérison variant de quelques jours à deux mois. Une récidive est survenue dans les 3 cas. Il semble que l'opération de Heller, associée à la splanchnicectomie, donne de meilleurs résultats. Enfin l'emploi des sympatholytiques est à l'étude et doit être envisagé.

La pathogénie du mégaœsophage. — MM. P. Hillemand et R. Viguie considèrent que la pathogénie du mégaœsophage est commune à celle du mégacôlon, du mégaestomac et du mégaduodénum. Certains cas sont secondaires à une lésion organique telle que cancer ou sténose du cardia. D'autres, également rares, sont congénitaux ; d'autres constituent le groupe des mégaœsophages fonctionnels secondaires à des causes toxiques (gaz de combat, morphine), endocriniennes, infectieuses, avitaminosiques. La plus grande partie des faits relèvent d'une pathogénie complexe où s'associent les facteurs secondaires, congénitaux ou fonctionnels. Les auteurs se demandent s'il ne s'agirait pas, dans nombre de cas, de dolicho-œsophages congénitaux qui se dilateraient secondairement à la suite d'une coudure, d'une plicature. Au facteur congénital s'ajouterait un facteur nerveux secondaire à l'irritation des filets nerveux.

Mégaœsophage, mégabulbe, mégacôlon chez une toxicomane. — MM. P. Hillemand, Ch. Durand, Duval et R. Viguié rapportent l'observation d'une toxicomane de longue date, chez laquelle apparurent, en même temps qu'une reprise des toxiques, des signes digestifs graves, dépendant d'un mégaœsophage, d'un mégabulbe et d'un mégacôlon. La désintoxication progressive de la malade amena la disparition de tous les signes digestifs ainsi qu'une reprise de l'état général. Les auteurs admettent que le toxique agit comme un inhibiteur du parasympathique et insistent sur la valeur de ces observations, qui permettent d'envisager un groupe de mégaviscères fonctionnels.

M. S. de Sèze a eu l'occasion d'observer chez un épileptique un mégaduodénum, qui disparut après intervention sur le cerveau (excision d'une zone épileptogène). Certains mégaviscères peuvent être, semble-t-il, de cause centrale.

Éclatement d'une caverne soufflée sous pneumothorax chez une femme enceinte. Évolution très favorable. — MM. Pierre Bourgeois et P. Tournier présentent une femme qui, enceinte alors de cinq mois, était atteinte d'une volumineuse caverne tuberculeuse. Après section de la bride soutenant la caverne, celle-ci se souffla et se perfora largement dans la plèvre. Après des accidents asphyxiques et hyperpyrétiques durant trois jours, la fièvre retomba. Le pneumothorax fut continué, et la caverne disparut. L'expectoration devint non bacillifère. L'accouchement put avoir lieu et ne fut suivi d'aucune réaction thermique. Actuellement la malade part en convalescence à la campagne.

M. Paraf a observé plusieurs cas analogues.

Tuberculose pulmonaire à évolution rapide chez un carencé. — MM. P. Ameuille et M[lle] O. Schweisguth rapportent l'observation d'un homme de quarante-six ans entré à l'hôpital pour œdème de carence. Sur le premier cliché, pris à l'entrée, on ne voit, en dehors de petits épanchements pleuraux bilatéraux, qu'une image pulmonaire strictement normale. Dix jours après on trouve plusieurs foyers ulcéro-nodulaires, bilatéraux, de tuberculose pulmonaire. Sur des clichés hebdomadaires on voit apparaître de nouveaux foyers successifs et s'étendre les anciens, jusqu'à envahissement total et mort six semaines après le début des premières lésions. Un tel cas montre que les lésions initiales de la tuberculose pulmonaire

peuvent être multiples et bilatérales d'emblée. Il montre aussi qu'il y a des tuberculoses initialement graves, donnant démenti au principe de la tuberculose toujours curable lorsqu'elle est « prise à temps ».

M. Kourilsky insiste sur le rôle du terrain dans la gravité de l'évolution tuberculeuse.

Un cas de double neurinome intrathoracique. — MM. Massot, Barre et Maruelle (de Rennes) présentent une observation de neurinome développé aux dépens des neuvième et dixième espaces intercostaux. Le début se fit par des signes pleuraux et une réaction parenchymateuse considérée comme tuberculeuse, mais qui disparut rapidement. L'ablation chirurgicale fut suivie de la mort à la trente-sixième heure, et les auteurs se demandent si l'intervention est toujours opportune dans les cas cliniquement latents, la bénignité histologique étant la règle.

Syndrome de Cushing. — MM. Robert Clément et Mlle J. Delon présentent un garçon de vingt et un ans chez qui l'on trouve tous les éléments du syndrome de « basophilie hypophysaire » de Cushing : obésité tronculaire avec vergetures pourprées et membres grêles, figure poupine aux joues cramoisies, hypertrichose, hypertension artérielle, insuffisance de développement génital et sexuel, arrêt total de la croissance depuis l'âge de dix ans, cyphose dorsale supérieure, décalcification osseuse généralisée. L'examen clinique et radiologique ne permet pas de déceler une tumeur cortico-surrénale bien que le taux d'hormone cortico-surrénale soit très élevé (épreuve des mélanophores). L'aspect flou de la papille, la ballonisation progressive de la selle turcique, le nanisme orientent plutôt vers une lésion de la région hypophyso-tubérienne. Devant les essais d'opothérapie et de radiothérapie, une intervention chirurgicale est à envisager.

Les auteurs soulignent la très grande ressemblance des syndromes de Cushing et surrénalien d'Appert, et l'extrême difficulté des interprétations pathogéniques.

M. Lenègre estime qu'aucun critère clinique ne permet de différencier les deux affections.

Roger Pluvinage.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 mai 1943.

Contribution à l'étude de l'action de la thymoxyéthyldiéthylamine (929 F) sur le choc histaminique et anaphylactique du lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Holtzer confirment pour le lapin l'action antihistaminique du 929 F. Ils montrent, d'autre part, que le 929 F n'a pas une action protectrice constante envers le choc anaphylactique du lapin.

Contribution à l'étude de l'action du p-oxyphénoxyéthyldiéthylamine sur le choc anaphylactique du lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, M. Mauric et Mme A. Holtzer rapportent des expériences qui montrent que l'action protectrice du 1135 F envers le choc anaphylactique du lapin est inconstante, mais se prolonge pendant quelques jours quand elle existe.

Hormone corticale dans les régénérats corticaux. — MM. A. Giroud, P. Desclaux et M. Martinet. — Dans les régénérats corticaux qui se développent chez le rat après surrénalectomie, il n'existe pas de trace de tissu médullo-surrénal. Le régénérat est uniquement constitué de tissu cortical. La réaction de la semi-contraction ne peut donc pas être attribuée à des traces d'adrénaline. Elle révèle, par contre, des quantités importantes d'hormone corticale bien qu'un peu plus faibles que normalement.

Mise en évidence à l'aide de la microscopie en ultra-violet de la luminescence bactérienne primaire ou propre. — M. Jean-C. Levaditi constate que la microscopie en luminescence permet de voir, grâce à leur luminescence propre, les germes des cultures de *B. pyocyaneus* spontanément fluorescentes. Les germes mobiles, immobiles ou granuleux sont d'une luminosité équivalente et leur lumière tranche sur le fond violet du champ microscopique. La luminescence propre des bactéries et leur luminescence secondaire, conférée à l'aide de fluorochromes, sont deux phénomènes distincts.

Les effets de la striction de diverses fibres nerveuses sur leur chronaxie. — M. Paul Chauchard a constaté

(Voir suite page V.)

que l'effet de lésion causé par une ligature se traduit par des effets inverses sur les nerfs rapides (augmentation de chronaxie) et les nerfs lents (diminution de chronaxie). Un changement provoqué artificiellement de la polarisation du nerf, ce qui fait varier sa chronaxie, peut inverser le sens de la réaction à la ligature.

Un nouvel ultra-virus. le virus de la pneumopathie des cobayes. — MM. LÉPINE, SAUTTER et LAMY ont isolé un ultra-virus, agent d'une maladie spontanée du cobaye. La maladie expérimentale, constamment mortelle, évolue en dix jours, avec une fièvre régulière et un amaigrissement considérable de l'animal. L'autopsie montre une pneumopathie centripète d'un type particulier. Le virus est présent dans le sang et dans tous les organes ; sa virulence dépasse le 500 000ᵉ ; il franchit aisément les bougies L2 et L3 et paraît se conserver facilement. Il s'agit d'un virus septicémique, du type des pestes animales, auquel le cobaye se montre jusqu'ici seul réceptif.

L'hyperprotidémie de l'électrochoc. — MM. JEAN DELAY et A. SOULAIRAC ont constaté, après la crise convulsive provoquée par l'électrochoc, une augmentation constante du taux de la protidémie sans hyperazotémie. Cette hyperprotidémie, qui peut atteindre 20 p. 100 du taux initial, porte essentiellement sur les protides totaux ; l'étude séparée de la sérine et de la globuline montre habituellement une hypersérinémie et consécutivement une élévation du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$. L'hyperprotidémie est transitoire. Le retour au taux initial et souvent à un taux inférieur se produit en moins de deux heures. Les recherches des auteurs sur les modifications hématologiques de l'électrochoc montrent que l'hyperprotidémie n'est pas la conséquence d'une modification de l'hydrémie.

L'acidose de l'électrochoc. — MM. JEAN DELAY et A. SOULAIRAC ont observé, après la crise convulsive par électrochoc, un abaissement de la réserve alcaline dont le taux moyen oscille autour de 20 p. 100. Cette acidose moyenne s'accompagne de modification de l'équilibre chloré du sang. L'électrochoc est suivi d'une augmentation du chlore globulaire sans modifications notables du chlore plasmatique, d'où l'augmentation du rapport chloré érythro-plasmatique. Ces variations concordantes de la réserve alcaline et de la chlorémie témoignent d'une acidose dans le post-électrochoc.

Analyse de la triple réaction cutanée au moyen d'un antagoniste de l'histamine. — MM. JEAN-LOUIS PARROT et J. LEFEBVRE établissent, par l'emploi d'un antagoniste de l'histamine, que la vaso-dilatation de la peau obtenue par l'excitation directe des nerfs vaso-dilatateurs ne fait pas intervenir l'histamine. Or, ce même antagoniste permet de supprimer l'érythème environnant qui est provoqué par une agression locale de la peau. Cet érythème étant la manifestation d'un réflexe d'axone, les auteurs concluent que c'est à l'origine de ce réflexe que l'histamine intervient : cette substance est libérée par l'agression cutanée, et c'est elle qui excite les terminaisons des nerfs vaso-dilatateurs.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 13 avril 1943.

Atrésie segmentaire du grêle et microcôlon chez un nouveau-né, étude anatomo-pathologique. — MM. ROCHER et DE LACHAUD (de Bordeaux).

Deux sténoses duodénales : compression par le pédicule mésentérique et volvulus total de l'intestin, sténose par brides inflammatoires. — MM. H. GRENET et BOPPE rapportent deux observations de sténose duodénale chez des enfants. Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant chez qui le diagnostic de sténose par compression par le pédicule mésentérique avait été porté en 1939 : la position genu-pectorale amenait chaque fois la cessation des vomissements ; or, en avril 1942, à l'âge de six ans, survint une nouvelle crise qui ne fut pas améliorée par le traitement médical : l'examen radiologique montra une distension des deux premières portions du duodénum, tandis que les phénomènes occlusifs se précisaient. L'intervention permit de constater l'existence d'un volvulus total de l'intestin autour du pédicule mésentérique, la guérison complète fut obtenue.

Dans le second cas, il s'agit d'un nourrisson de sept

semaines suivi par L. Babonneix, pour des vomissements s'accompagnant à l'examen radiologique d'une énorme dilatation du duodénum ; il existait, à l'intervention, des brides de périduodénite, l'une d'elles étranglant le duodénum.

Il s'agissait donc, dans le premier cas, d'une sténose par malformation des mésocôlons et, dans le second cas, d'une striction par brides inflammatoires.

M. Rocher (de Bordeaux) rappelle un cas de volvulus du grêle opéré à l'âge de six semaines, réopéré quelques mois plus tard à la suite d'une récidive et qui dut être opéré une troisième fois à huit ans.

M. Tixier, se basant sur deux cas personnels, se demande si la syphilis congénitale n'est pas, dans certains cas tout au moins, à l'origine des brides péritonéales chez le nourrisson.

La gale dans les colonies de vacances. — MM. Cambessèdès et J. Boyer insistent sur ce fait que la gale, actuellement très répandue, menace les enfants des camps et colonies de vacances, ainsi que les familles de ces enfants. Ils proposent la création d'un corps d'assistantes sociales allant rechercher dans les familles tous les sujets pouvant être atteints de la gale de façon à faire des traitements collectifs simultanés qui, seuls, peuvent être efficaces. Il faut, d'autre part, exiger une première visite médicale un mois avant le départ en colonie, une contre-visite la veille du départ, une visite au retour de la colonie et une nouvelle contre-visite un mois plus tard.

Une discussion s'engage au sujet des causes de l'extension actuelle de la gale et des difficultés du traitement.

M. Lelong demande l'ouverture, à l'Assistance publique, d'un service spécialisé pour le traitement des enfants atteints de gale ou d'impétigo ; il faudrait trouver des locaux libres pour l'y installer et préciser les méthodes thérapeutiques à y employer par un personnel nombreux et compétent.

Paralysie obstétricale du plexus brachial, le phénomène du muscle grand rond. — M. Leveuf présente une enfant chez laquelle existe une contracture du muscle grand rond, phénomène très fréquent dans les paralysies obstétricales du plexus brachial et qui est intéressant au point de vue du diagnostic et du traitement : il propose la section du muscle grand rond et sa transplantation sur la tubérosité bicipitale de l'humérus qui donne des résultats fonctionnels intéressants.

L'auteur discute la pathogénie des paralysies obstétricales du plexus brachial et demande que des examens anatomo-pathologiques très précis soient pratiqués chez les enfants qui en sont atteints et qui meurent peu de temps après la naissance.

M. Rocher (de Bordeaux) trouve très logique l'opération proposée par M. Leveuf ; il présente le schéma de l'appareil à ressort qu'il utilise personnellement depuis dix ans pour corriger la rotation interne du bras chez les jeunes enfants de dix-huit mois à trois ou quatre ans.

Syndrome de Lobstein. — M. Leveuf.

A. Bohn.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 4 février 1943.

Névrite optique bilatérale survenue à la vingt-troisième année de l'évolution d'une maladie de Friedreich. — MM. Lucien Rouquès et J. Voisin rapportent l'observation d'un sujet de quarante et un ans qui, à la vingt-troisième année de l'évolution d'une maladie de

Friedreich, a présenté une névrite optique d'un œil, puis de l'autre, à deux mois de distance. Cette névrite a intéressé le faisceau maculaire d'abord, mais son terme a été une atrophie papillaire du type primitif. L'apparition tardive de cette complication est habituelle, mais il est exceptionnel que la névrite amène, comme dans ce cas, en moins d'un an, une baisse très accusée de la vision.

Un cas de cinquième ventricule. — MM. MARCEL DAVID, H. HECAEN et J. HERY communiquent l'observation d'un malade qui présentait une hémiparésie droite, des crises sensitivo-motrices faciales droites et un début de stase papillaire, et chez lequel la ventriculographie révéla la présence d'une cavité médiane située entre les ventricules latéraux et au-dessus du ventricule moyen.

Cette cavité résulte du développement de la fente virtuelle qui existe chez l'homme normal dans le septum lucidum, et que certains anatomistes désignent sous le nom de « cinquième ventricule ».

Dans le cas présent, la cavité médiane communiquait avec le système ventriculaire, puisqu'elle fut injectée par insufflation de la corne occipitale. Mais cette communication semble secondaire et non préformée. Les auteurs insistent sur les divers aspects que peuvent présenter les kystes développés aux dépens de la cavité du septum et du cavum de Verga (« sixième ventricule »). Cependant les documents ventriculographiques sont rares.

Le malade fut opéré et la cavité abordée par voie transcalleuse. Les résultats furent favorables. Comme d'habitude, la section du tiers antérieur du corps calleux ne fut suivie d'aucun trouble, et, en particulier, n'entraîna pas d'apraxie.

Hématome calcifié de la moelle dorso-lombaire avec dilatation variqueuse de voisinage. — MM. MARCEL DAVID, E. CARROT, J. PARAIRE et CHARLIN attirent l'attention sur une forme particulière d'hématome médullaire. Dans le cas qu'ils rapportent, la face postérieure de la moelle était blindée par un tissu calcifié, accompagné de dilatations veineuses sus- et sous-jacentes d'un caractère très particulier. L'origine traumatique était probable. Cette lésion se traduisait par un ensemble clinique associant des signes d'irritation et de déficit pyramidal à un syndrome algique lié très vraisemblablement à une atteinte de la corne postérieure.

Le malade fut opéré, mais on ne put enlever en totalité la plaque calcifiée, du fait du caractère pseudo-angiomateux des veines adjacentes. Cependant la laminectomie amena une amélioration considérable des fonctions et une disparition quasi totale des douleurs, qui persistaient depuis sept mois.

La dilatation veineuse constitue une véritable lésion érectile à conditionnement vaso-moteur électif, susceptible d'expliquer l'évolution par crises du syndrome douloureux et sa disparition à la suite de l'électrocoagulation des veines et des modifications circulatoires locales réalisées par la laminectomie.

Paraplégie par fracture du rachis datant de quinze ans. Intervention. Guérison. — M. DANIEL FEREY (de Saint-Malo) présente le cas d'un malade chez lequel une paraplégie totale s'était installée en 1926 à la suite d'une fracture vertébrale de DXII-LI. Après une lente amélioration pendant quelques années, la paraplégie était redevenue totale en 1936, avec un cortège de vives douleurs. Le blocage du lipiodol étant total, l'intervention fut pratiquée en 1941. Après libération de la queue de cheval comprimée par l'arachnoïdite, l'amélioration se manifesta. Six mois plus tard, le malade pouvait marcher.

Tremblement et spasme d'intention des membres supérieurs consécutifs à l'intoxication par le bromure de méthyle. — MM. F. THIÉBAUT, DANON et H. HERNET présentent un sujet, déjà étudié et présenté à la Société médicale des hôpitaux par MM. Pagniez et Plichet, mais dont les symptômes se sont modifiés. Actuellement le spasme oppositionniste, les contractures qui apparaissent dans le geste accompagné témoignent d'un syndrome plutôt strié que cérébelleux, qui s'apparente au tableau de la pseudo-sclérose de Westphal-Shumpell. Il faut noter que seul l'alcool exerce une influence heureuse et modératrice sur le tremblement.

MM. PLICHET, AMEUILLE, GARCIN, ANDRÉ THOMAS, MOLLARET discutent l'intervention d'un élément de sinistrose surajouté, ainsi que le mécanisme et la localisation du syndrome moteur de la pseudo-sclérose.

Un cas de méningite séreuse encéphalitique pseudo-tumorale guérie par l'intervention chirurgicale. — M. PUECH présente un enfant qui avait été admis dans le service de M. Debré avec le diagnostic de méningite tuberculeuse, et qui présentait une hémiplégie droite et une torpeur progressive avec œdème de la papille. La trépano-ponction montra une forte hypertension intraventriculaire (24 centimètres d'eau), le ventriculogramme restant normal. La simple trépanation décompressive amena une guérison rapide. L'électro-encéphalogramme montra de fréquentes ondes lentes, qui n'ont pas encore disparu malgré la guérison clinique.

Une complication exceptionnelle de l'électro-choc : l'hallucinose musicale. — MM. J. LHERMITTE et PARCHEMINEY. — Chez une femme atteinte à la fois d'obsessions rebelles et de surdité par otospongiose, l'électro-choc fit régresser après quelques séances les obsessions, mais celles-ci furent remplacées par des hallucinations auditives continues à thème musical. Cette formule hallucinatoire semble due à la surdité d'une part et aux aptitudes musicales de la malade. L'hallucination se distinguait très mal souvent des sonorités musicales réelles, et la malade s'assurait de la réalité de l'hallucination par le manque de liaison logique avec la situation actuelle.

Ces phantasmes n'apparurent qu'après l'électro-choc et se dissipèrent en quinze jours.

Etude anatomique d'un cas de myoclonies synchrones et rythmiques vélo-pharyngo-laryngées. — MM. GEORGES GUILLAIN, I. BERTRAND et Mme GODET-GUILLAIN apportent une étude anatomique d'un cas de myoclonies rythmiques vélo-pharyngo-laryngées, étudié cliniquement avec M. MOLLARET dans une publication antérieure. Ils insistent sur les lésions du noyau dentelé et des olives constatées dans ce cas comme dans ceux qu'ils ont précédemment relatés.

Remarques sur la myélotomie postérieure (à propos de nouveaux cas). — M. J. GUILLAUME relate des opérations de myélotomie postérieure qu'il a pratiquées dans des cas d'algies rebelles : algies post-zostériennes, cancer ano-rectal inopérable, moignon d'amputation, dont les douleurs persistent après radicotomie postérieure. L'opération n'a pas de conséquence fâcheuse et fait disparaître la douleur, à condition de bien choisir le niveau et la hauteur de la section verticale à pratiquer le long de la commissure postérieure. La myélotomie postérieure fait disparaître aussitôt les fantômes, que la radicotomie postérieure a laissé persister.

M. LHERMITTE attribue ce dernier fait à la section des afférences des deux membres symétriques.

Hémiplégie progressive précédée de jacksonisme. Coma. Thrombose de la veine rolandique. Phlébectomie. Guérison. — M. J. GUILLAUME présente l'observation d'une femme de quarante-cinq ans, chez laquelle, après crises jaksoniennes du bras droit, s'était développée une hémiplégie droite. La malade tombant dans la torpeur, puis dans le coma vigil, avec œdème de la papille, on fit une ventriculographie, qui montra une déviation de toutes les cavités ventriculaires vers la droite. La trépanation fronto-pariétale gauche montra une dure-mère non battante, puis une veine rolandique distendue et thrombosée sur 4 à 5 centimètres de longueur. La dissection et la résection de cette veine furent suivies d'une amélioration très rapide, puis d'une guérison complète. L'évolution avait été entièrement subfébrile.

Recherches sur l'œdème pulmonaire d'origine nerveuse et sur son traitement par la novocaïne intraveineuse. — M. TARDIEU montre que l'œdème pulmonaire, déterminé par lésion mésocéphalique expérimentale chez l'animal, n'est pas inhibé par l'injection intraveineuse de novocaïne, mais qu'il l'est quelquefois par la morphine.

J. MOUZON.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Paul Darbois (de Paris). — Le Dr T. Hoeffel (de Bonviller). — Le Dr J. Derome (de Valenton), fils du Dr M. Derome. — Mme Jean Degand, femme du Dr Jean Degand.

NAISSANCE. — Le Dr et Mme René Becquet nous font part de l'heureuse naissance d'un fils, Robert, leur troisième enfant. — Le docteur en pharmacie et Mme Marcel Fatome font part de la naissance de leur fille Agnès. — Le Dr et Mme Robert Tricot font part de la naissance de leur fils Jean-François.

SANTÉ PUBLIQUE

Nomination d'un directeur régional de la Santé et de l'Assistance. — M. le Dr Cayet, médecin inspecteur de la Santé du Gard, est nommé directeur régional de la Santé et de l'Assistance, en remplacement de M. le Dr Lelong, placé en position de service détaché (quatrième quart).

Directions régionales de la Santé et de l'Assistance. — La région

dans laquelle M. le Dr Cayet, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, exercera ses fonctions comprend les départements de la Côte-d'Or, du Doubs, de la Nièvre, de la Haute-Saône, de l'Yonne, le territoire de Belfort et les parties occupées des départements de Saône-et-Loire, de l'Ain et du Jura.

M. le Dr Cayet résidera à Dijon.

Administration centrale. — Il a été créé à l'Administration centrale, auprès du directeur de la Santé, une mission technique assurée par un directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

M. le Dr Vidal (Louis-François), directeur régional de la Santé et de l'Assistance, est chargé de la mission technique instituée par l'arrêté du 10 mai 1943.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinicat. Résultats du concours.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : MM. Grislain, Loeper et Nick.

Clinique médicale Cochin : MM. Deuil et Vigué.

Clinique médicale Broussais : MM. Audoly, Cuvereau, Motte et Mme Weill.

Clinique médicale Bichat : M. Vialatte.

Clinique chirurgicale Salpêtrière : Mlle Jurain.

Clinique chirurgicale Saint-Antoine : M. Fréret.

Clinique chirurgicale Hôtel-Dieu : M. Orfali (à titre étranger).

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu : M. Sénéchal.

Clinique gynécologique Broca : M. Thoyer-Rozat.

Clinique obstétricale Tarnier : Mlle Mendras, MM. Musset et Le Picard.

Clinique thérapeutique médicale Saint-Antoine : MM. Bourdin et Vermenouze.

Clinique cardiologique Broussais : M. Tétreau.

Clinique des maladies infectieuses Claude-Bernard : MM. Audry et Milliez.

Hygiène et clinique de la première enfance, Trousseau : Mme Joussemet, Mlle Rist, M. de Lignières.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. Guiet, chef de travaux de chimie, est chargé provisoirement du cours de chimie biologique.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND. — M. Vaurs, professeur d'histoire naturelle et parasitologie, est transféré, du 1er mai 1943, dans la chaire d'hygiène et bactériologie (M. Mornac, retraité).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Paulin, professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est nommé, du 16 mai 1943, professeur titulaire de pharmacie et matière médicale.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Concours de prosecteurs à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Classement : MM. les Drs Dufourmentel, 143 points ; Morel-Fatio, 139 points ; Thomeret, 137 points ; Germain, 134 points.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — MM. les Drs Bouvet et Letailleur, médecins chefs à l'hôpital psychiatrique de Rouen, ont été nommés, à titre provisoire, médecins chefs de service à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise) (postes créés à titre temporaire).

SANATORIA. — M. le Dr de Ferron, inscrit sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoria publics, à la suite des épreuves du concours de 1942, a été nommé médecin adjoint au sanatorium des Tilleroyes (Doubs).

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Elections au Conseil national. — Nous rappelons les noms des 5 membres désignés par cooptation : MM. Oberlin (Paris), 14 voix ; Durand (Courville), 13 voix ; professeur Portes (Paris), 12 voix ; Mahoudeau (Amboise), 11 voix ; Cibrie (Paris), 10 voix [élu au bénéfice de l'âge, MM. Jonchères (Saintes) et Sureau (Paris) ayant obtenu aussi 10 voix].

Journal officiel. — Le *Journal officiel* du 24 juin 1943 a publié la loi d'urbanisme n° 324 du 15 juin 1943.

REVUE DES LIVRES

NOEL FIESSINGER et collaborateurs :

Les déficiences vitaminiques et hormonales, 1942 ;
Les maladies actuelles, 1943 (*Masson, éditeur*).

Le professeur Noël Fiessinger, continuant la tradition des « Leçons du Dimanche » à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, a publié, très rapidement, grâce à un éditeur remarquablement actif et entreprenant, la série des conférences qu'il a faites ou qu'il a demandées à d'éminents collaborateurs.

La série des conférences de 1942 est relative aux *déficiences vitaminiques et hormonales*, sujet passionnant, qui a tant évolué depuis quelques années qu'une mise au point rigoureuse, par des savants avertis, est nécessaire pour tous les médecins qui veulent se tenir au courant des progrès modernes, tant en Clinique qu'en Thérapeutique : « Pendant que les physiologistes et les médecins édifiaient patiemment cette œuvre gigantesque, le public, avide de mots sonores dont il ne comprend pas le sens, toujours en alerte pour accepter ce qui tient du merveilleux, s'empare, à la fois, des vitamines et des hormones. L'industrie les débite comme des bonbons, et ce sont les abus qui commencent. Des accidents surviennent, le médecin est submergé, se débat au milieu d'une pathologie d'emprunt et succombe sous les appels incessants à ses connaissances en endocrinologie et en métabolisme. Il lui faut des connaissances fermes et une autorité que seule consolide une science précise des faits... »

D'où la très grande utilité de ces conférences et de leur prompte publication.

Une *introduction* magistrale, par Léon Binet, insiste sur les *étapes françaises* de ces découvertes : celles de Claude Bernard initiateur des « sécrétions internes » ; de Brown-Séquard depuis son travail sur les fonctions des surrénales en 1856 ; de Vulpian à la même époque, prouvant l'existence dans le sang de la substance médullaire des surrénales ; celles de Trousseau, relatant les recherches de Bretonneau et les siennes sur le traitement antirachitique par l'huile de foie de morue, cet ancêtre de la vitaminothérapie. Viennent ensuite les *conférences sur les vitamines* : de Catbala sur les vitamines A et D ; de F.-P. Merklen sur les vitamines B et E ; de H. Bénard sur la vitamine C ; de Justin-Besançon sur les vitamines P-P.

Puis viennent les *conférences sur les hormones* : de Georges Brouet sur l'hormone thyroïdienne ; d'André Ravina sur les hormones surrénales ; de F.-P. Merkleo sur les hormones pancréatiques ; de Guy Laroche sur les hormones génitales ; de François Thiéhaut sur les hormones hypophysaires ; de Robert Clément sur les hormones parathyroïdiennes ; de Noël Fiessinger sur les hormones thymiques, spléniques et hépatiques.

Le volume se termine par de magistrales *conclusions* du professeur Noël Fiessinger *sur les associations vitaminiques et hormonales.*

La série des conférences de 1943 concerne les *Maladies actuelles : maladies à l'étude, maladies d'époque, maladies de circonstances.*

Ce volume apporte une série de revues générales sur les faits cliniques que les praticiens doivent connaître, chaque conférence étant faite par une compétence et ayant souvent la valeur d'un travail personnel.

Parmi les maladies à l'étude, Gougerot étudie les *streptococcies cutanées* ; Bariéty, la *maladie de Besnier-Bœck-Schauman* ; André Lemaire, *les polyglobulies et l'oxycarbonisme* ; de Gennes, *la maladie d'Addison et son traitement* ; Georges Marchal, *l'adénolymphoïdite aiguë bénigne.*

Parmi les maladies d'époque, Ameuille étudie les *tuberculoses aiguës* ; Guy Laroche, *les œdèmes par déséquilibre alimentaire* ; Cachera, le *scorbut* ; Hugues Gounelle, la *dysenterie bacillaire de 1940* ; Michel Gautier, *les intoxications benzoliques.*

Parmi les maladies des circonstances, Sénèque étudie *l'avenir des gastrectomisés* ; Pierre Mollaret, *le paludisme thérapeutique* ; Raoul Boulin, *la santé insulinienne des diabétiques* ; Jean Fauvet, *la pneumonie des sulfamides* ; Noël Fiessinger, *l'agranulocytose et l'aleucie thérapeutiques.*

Cette aride table des matières suffit à montrer l'intérêt des sujets choisis et la nécessité d'une mise au point pour le médecin qui n'a pas le temps de se documenter personnellement.

Nous ne saurions trop admirer l'activité et le rendement utile que le professeur Noël Fiessinger continue d'imprimer à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, pour aider non seulement les étudiants, mais aussi les médecins, et leur permettre de se tenir au courant de la science.

Nous ne saurions, non plus, trop admirer les collaborateurs qui ont présenté ces sujets, souvent confus et difficiles, sous une forme claire et attrayante.

P. CARNOT.

NÉCROLOGIE

ÉMILE SERGENT

(1867-1943)

Une grande figure médicale vient de disparaître. La médecine française est en deuil. Le professeur Sergent n'est plus.

Il était né à Paris le 13 juillet 1867 et se plaisait à souligner sa qualité de Parisien de Paris. Issu d'une famille bourgeoise, il s'orienta vers la carrière médicale dont il gravit avec succès tous les échelons. Interne des hôpitaux en 1892, il conquit la médaille d'or de l'Internat en 1896. Pendant son internat, il avait été l'élève de Gingeot, Ollivier, Ducastel, Letulle et Gaucher. Il fut nommé médecin des hôpitaux en 1903 et devint médecin de la Charité en 1910. Il resta à la tête de son service de la Charité pendant la guerre 1914-1918 et assuma en même temps le service médical de la Place de Paris, puis la direction d'un hôpital complémentaire au Vésinet. En mars 1919, il fut élu à l'unanimité membre de l'Académie de médecine. En novembre 1921, quoique n'ayant pas eu la chance d'être agrégé, il entra à la Faculté comme professeur de la chaire de clinique médicale propédeutique, fondée par le Conseil municipal de Paris pour permettre à M. Sergent de développer au sein de la Faculté l'enseignement médical propédeutique qu'il avait créé à la Charité. En 1934, il quitta avec regret son vieux service de la Charité pour aller occuper les beaux locaux modernes de la Clinique médicale propédeutique à l'hôpital Broussais-La Charité. En 1939, il reprit du service à l'Assistance publique comme médecin de l'hôpital Boucicaut, et aussi, en 1940, comme médecin du sanatorium de Bligny. Il a franchi successivement toutes les étapes de l'ordre de la Légion d'honneur, dont il reçut la croix de grand officier le 6 mai dernier, peu avant sa mort, le 24 mai.

Lorsque je devins son élève en 1906, il était alors un jeune médecin des hôpitaux dont chacun pressentait la maîtrise future. Il avait déjà le facies maigre, osseux et sévère, un peu redouté, le crâne imposant aux cheveux rarissimes, sauf sur les tempes et en arrière ; le visage était alors encadré de favoris disparus depuis, et qui, joints au nez un peu proéminent, constituaient une vague ressemblance avec le facies bien connu de feu le professeur Potain, ressemblance dont s'amusait M. Sergent et qu'il aimait à évoquer en riant. Sa physionomie était, en outre, caractérisée par la mobilité incessante des traits permettant de lire sur le visage expressif toutes les nuances de la pensée du maître.

Il était très attaché à son vieux service de la Charité où avaient enseigné Corvisart, Laennec, Bouillaud, Potain. M. Sergent aimait à répéter la cinglante réponse qu'il fit à un médecin américain déplorant la vétusté de ce service par comparaison avec les splendides installations hospitalières de son pays : « Certes, mon cher confrère, cette bâtisse est très ancienne, mais, dans votre hôpital ultra-moderne, vous ne risquez pas comme moi d'avoir collée à vos semelles la boue des souliers du grand Laennec. »

Le professeur Sergent a été une grande personnalité morale, un chercheur passionné, un clinicien remarquable et un enseigneur inégalable.

Ses élèves, ses collègues, ses malades admiraient tous son honnêteté exemplaire, sa loyauté scrupuleuse et intransigeante. C'est avec une voix claironnante qu'il fustigeait les malhonnêtetés, les bassesses de certains de ses contemporains. Il en avait le droit, car la conduite de sa vie était irréprochable, tous ses gestes étaient inspirés par l'intérêt général.

Sa vie fut traversée par maints orages que soulevaient son caractère inégal, son ardente sincérité, la vivacité de ses propos. Mais les éclats de voix passaient, tandis que restaient la valeur scientifique et clinique, le désintéressement et la bonté. Aussi, les brouilles avec ses collègues n'étaient-elles que passagères ; aussi, ses élèves, ses malades avaient-ils pour lui une affection profonde et fidèle.

Il était passionné pour la recherche scientifique. Les deux domaines où son intelligence novatrice a pu spécialement donner sa mesure sont les maladies des capsules surrénales et des voies respiratoires.

Ses travaux sur l'insuffisance surrénale l'ont conduit à décrire le *syndrome d'insuffisance surrénale aiguë*, les formes chroniques de l'*insuffisance surrénale pure*, la *débilité surrénale.*

Les travaux de M. Sergent ont eu ensuite comme principale orientation la tuberculose pulmonaire et les maladies des voies respiratoires. Les premiers facteurs de cette orientation ont été sa thèse inaugurale sur la *Tuberculose des voies biliaires* (1895) et son intéressant ouvrage *Syphilis et tuberculose* (1907). Puis le facteur décisif de la spécialisation de M. Sergent dans le domaine de la tuberculose pulmonaire et des maladies respiratoires a été la guerre 1914-1918, pendant laquelle son service de la Charité, puis son hôpital militaire du Vésinet furent de véritables centres de triage où des milliers de militaires atteints ou suspects de tuberculose pulmonaire furent soumis à ses investigations.

Son amour du travail, l'acuité de ses facultés d'observation étaient tels qu'il n'est pas un chapitre de ce vaste domaine où il n'ait formulé des remarques originales. Il serait interminable de citer toutes ses publications. Je mentionnerai seulement leurs principales directions : *a.* la notion du terrain dans la pathogénie et l'évolution de la tuberculose ; *b.* le diagnostic de la tuberculose qui, d'après lui, « ne peut et ne doit être que l'interprétation de l'ensemble des constatations fournies par les divers moyens et procédés d'exploration de l'appareil respiratoire » ; *c.* l'existence d'un virus filtrant tuberculeux ; *d.* l'étude des fausses tuberculoses ; *e.* la cure de recalcification dans la tuberculose ; *f.* les suppurations bronchiques et pulmonaires, leur traitement chirurgical, où il s'est montré un novateur hardi ; *g.* l'étude radiologique des maladies broncho-pulmonaires, concentrée dans un magnifique atlas.

M. Sergent a été un clinicien remarquable. Lorsqu'il avait minutieusement inspecté, percuté, ausculté un thorax, puis rapproché ces renseignements des données fournies par l'interrogatoire et l'examen de l'état général, c'était un véritable régal que de le voir dessiner sur un schéma les constatations qu'on allait faire à l'écran radiologique, voire même à l'autopsie, prévisions qui se réalisaient et soulevaient ainsi l'admiration de ses élèves. Il a été l'un des plus brillants représentants de l'école clinique française.

Il était un professeur inégalable. Pour ses élèves, la visite à l'hôpital était une précieuse source de notions pratiques. Ses causeries au lit du malade comme ses leçons à l'amphithéâtre des cours étaient très attachantes, car il savait intéresser ses auditeurs. Son débit était très nuancé, tantôt simple ou affectueux, tantôt quelque peu solennel, tantôt familier ou bourru, tantôt martelé par quelques slogans. Aussi ses remarques cliniques et thérapeutiques pénétraient-elles d'une façon définitive dans l'esprit de ses élèves. Il ne s'est pas contenté d'enseigner par la parole, il a écrit de nombreux livres dont le plus connu est sa *Technique clinique médicale* devenue plus tard l'*Exploration clinique médicale.* Peu avant sa mort, il a eu la satisfaction de terminer un dernier volume où il expose sa haute conception de la *Formation des élites.* Il a été aussi un grand journaliste médical.

Enfin, il a été un remarquable ambassadeur de la clinique médicale française. Chacune des nombreuses missions à l'étranger dont il a été chargé a connu le plus grand succès. Il a fait ainsi des conférences en Hollande, en Belgique, en Suisse, en Italie, en Yougoslavie, en Turquie, en Roumanie, en Amérique du Sud (République Argentine, Brésil, Uruguay) et au Canada. Les deux pays où son enseignement laisse l'empreinte la plus profonde sont la Roumanie et le Canada. Ainsi, il était docteur *honoris causa* de la Faculté de médecine de Bucarest, et cette belle capitale avait du vivant du maître la rue du Professeur-Sergent. Il fit plusieurs séjours enthousiastes à Québec et Montréal, il était docteur *honoris causa* de ces deux Facultés canadiennes, et, pendant plusieurs étés, il y remplit les fonctions de professeur de clinique médicale. Au moment de sa retraite, il fut sollicité d'aller occuper définitivement l'une de ces chaires canadiennes de clinique médicale, et il eût volontiers accepté, tant de profonds liens l'attachaient au Canada français, s'il n'avait été retenu par son amour de la vie de famille, par le bonheur qu'il éprouvait à être entouré de ses enfants et de ses petits-enfants. Dans tous ses voyages à l'étranger, il fut toujours accompagné de Mme Sergent, dont les grandes qualités faisaient une remarquable ambassadrice de la femme française.

Par sa haute valeur morale et scientifique, la personnalité du professeur Sergent s'est imposée dans tous les milieux. Son nom était synonyme de loyauté. On connaissait et redoutait son caractère inégal, mais cette

30 Juillet 1943. — Nos 28-29.

nuance pittoresque était effacée par sa virtuosité médicale estimée et admirée universellement. Si je voulais concrétiser cette pensée dans une image, en paraphrasant le grand poète persan des roses, je pourrais écrire :

« *La rose est belle, parfumée,*
Bien que d'épines parsemée.

La vie matérielle du professeur Sergent est terminée. Mais sa vie spirituelle ne fait que commencer : son œuvre, sa personnalité morale vivront éternellement, il restera une des grandes figures de la clinique médicale française : *exegit monumentum ære perennius.* Quelle magnifique consolation pour sa famille !

C. LIAN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juillet 1943.

Notice. — M. RAMON lit une très belle notice nécrologique sur M. Yersin.

A propos du centenaire de Grancher. — M. JULES RENAULT lit une notice sur *Grancher pédiatre.*

Dans la prochaine séance, M. F. BEZANÇON parlera de *Grancher phtisiologue.*

Les crèmes glacées et les glaces. — M. MARTEL attire l'attention de l'Académie sur les points suivants :

1° Avec ou sans étiquette « fantaisie », on ne devrait pas tolérer la vente de *glaces, crèmes glacées* ne renfermant que de 'leau, de la saccharine, un colorant artificiel et un parfum synthétique ;

2° La limonade sans sucre, saccharinée, n'est pas davantage à recommander ;

3° Si de tels produits sont tolérés, on devrait au moins en indiquer la composition à l'acheteur ;

4° Les sorbets aux fruits ou aux jus de fruits doivent retenir l'attention. On devrait pouvoir utiliser les fruits et jus de fruits *conservés sans aucune addition d'antiseptique,* SO^2 y compris, et exempts de saccharine, de colorant et d'arome artificiels.

5° Les fabrications doivent être contrôlées au point de vue de la propreté.

L'extension des infections à colibacilles, conséquence de l'utilisation des engrais humains dans la culture maraîchère. — M. BARBARY attire l'attention sur les dangers de ces engrais et demande à l'Académie de médecine de bien vouloir intervenir auprès de M. le ministre secrétaire d'État à la Famille et à la Santé pour que MM. les maires soient invités, dans l'intérêt de la santé publique, à veiller sur la stricte application de l'article 60 du règlement sanitaire.

Sur l'action antisulfamide de quelques anesthésiques locaux. — Mlle M.-TH. RÉGNIER et M. P. FEYEL étudient l'action antisulfamide des principaux anesthésiques locaux comparée à celle de la novocaïne établie par Woods. Cette étude a été faite *in vitro* et *in vivo* sur le streptocoque hémolytique. Si l'anesthésine, la larocaïne, la pantocaïne ont une action antisulfamide nette, quoique inférieure à celle de la novocaïne, la butelline n'agit pas et l'eucaïne de même que la delcaïne présentent à ce sujet une action négative.

Le rôle capital de l'organisme et la nécessité de son étude complète dans toutes les maladies d'allure subaiguë ou chronique. — M. F. JAYLE.

Élection. — M. HERVIEUX (de Toulouse) est élu correspondant national dans la 5e division (médecine vétérinaire).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 25 juin 1943.

Les bases anatomiques de l'étude des sciatiques. — M. de SÈZE montre comment la question des sciatiques s'éclaire à la lueur des données anatomiques précises. Une coupe sagittale du rachis montre les racines lombaires supérieures à l'aise dans la gouttière latérale du rachis, tandis que les racines L_5 et S_1 y sont fort à l'étroit. Une saillie dorsale même minime, qui ne produirait aucun effet aux étages supérieurs, suffit à mettre ces racines en

(Voir suite page III.)

dauger. Sur des coupes transversales on voit que les racines L_5 et S_1, et elles seules, occupent la gouttière latérale du rachis de façon telle que la simple exagération de la saillie discale suffit à les comprimer. Les études radiologiques établissent que la plupart des sciatiques graves et sans doute aussi beaucoup de sciatiques bénignes relèvent d'un processus de ce genre.

Est-il légitime de décrire une acromicrie opposable à l'acromégalie ? — MM. J. Decourt et J. Guillemin, répondant à une communication récente de S. de Sèze et R. Houdart, montrent qu'il ne faut pas s'attacher trop strictement au sens étymologique du mot acromicrie. C'est dans un sens pathogénique que l'on peut opposer, semble-t-il, un nanisme acromicrique au gigantisme acromégalique. Il s'agit là d'un cadre nosologique d'attente auquel on ne peut guère rattacher jusqu'à présent que deux observations, celle de Carnot et Cachera, et celle de Chiray, Decourt et Guillemin.

M. S. de Sèze souligne la réduction de volume des mains dans ce syndrome.

Fièvres typhoïdes à début par frissons. — MM. Pasteur Vallery-Radot, A. Domart et M. Goury-Laffont attirent l'attention sur la fréquence du début anormal des fièvres typhoïdes actuellement observées. Sur quinze fièvres typhoïdes à bacille d'Eberth hospitalisées dans leur service depuis janvier 1941, sept ont débuté en pleine santé par un frisson ou des frissons répétés à la manière d'une grippe, d'une pneumopathie aiguë ou d'une septicémie.

M. S. de Sèze a observé un cas de typhoïde débutant par des frissons.

M. J. Decourt a fait des constatations analogues dans trois cas de paratyphoïdes B.

M. Jausion a vu une forme anormale de typhoïde avec présence de B. d'Eberth dans les crachats.

Les modes d'action de l'électro-choc. — MM. J. Delay, Neveu et Deshaies, se basant sur une statistique de 4000 électro-chocs sur 385 malades, distinguent une action thymique, élective sur les états mélancoliques et maniaques, et une action néotique sur les états confusionnels et oniriques. L'action thymique est manifeste chez les schizophrènes, chez les déments et les oligophrènes. L'action néotique s'étend aux états confusionnels allant de la stupeur à l'état onirique. Du point de vue clinique et électro-encéphalographique, les auteurs assimilent cette gamme d'états crépusculaires aux états compris entre le sommeil et le rêve, dont on connaît la régulation diencéphalique. Or de nombreux faits cliniques et expérimentaux montrent également l'action du diencéphale dans la régulation thymique. Les actions de l'électro-choc ramènent donc au diencéphale.

Électro-choc et diencéphale. — M. J. Delay pense que l'action de l'électro-choc s'exerce par l'intermédiaire des centres neuro-végétatifs du diencéphale. Il a mis en évidence au cours du post-électro-choc des troubles des régulations neuro-végétatives centrales portant sur les régulations respiratoire, circulatoire, sanguine, thermique et surtout métabolique. Ce syndrome est analogue à celui que l'on observe après ventriculographie, et il est remarquable de noter que des améliorations thymiques, voire des guérisons de mélancolie anxieuse, s'observent après ventriculographie. L'auteur conclut à l'action essentiellement basilaire et diencéphalique de l'électro-choc, action qui lui serait commune avec les autres thérapeutiques psychiatriques comatogènes et épileptogènes.

Mélanose de guerre (maladie de Riehl). — MM. R. Degos et E. Carrot rapportent des cas de pigmentation diffuse de la face, apparue en captivité, ayant à la lisière du cuir chevelu l'aspect réticulé de la mélanose de Riehl. Hyperpigmentation rétinienne, tatouage en noir des ostiums folliculaires des phalanges, porphyrinurie de 1 600 γ, taux normal des vitamines P-P et C dans les urines. La pigmentation faciale s'atténua avec une amélioration du régime alimentaire. Sous l'influence de l'amide nicotinique, la mélanose s'éclaircit considérablement et l'hyperpigmentation rétinienne disparut, en même temps que la porphyrinurie diminua considérablement et que le tatouage des ostiums folliculaires disparut.

Les auteurs discutent la signification étiologique de ces mélanoses de guerre fréquentes depuis 1940.

M. Jausion a observé 15 cas analogues, surtout chez des femmes. Il insiste sur le caractère contingent de toutes les conditions étiologiques.

M. Flandin souligne le caractère très variable des

types cliniques et sur l'efficacité faible du traitement par l'acide nicotinique.

M. GOUGEROT insiste sur l'inconstance de tous les caractères de l'affection dont l'origine ne paraît pas univoque et dont l'étiologie demeure obscure.

M. JUSTIN-BESANÇON rappelle que les dosages classiques des porphyrines n'étudient qu'une seule de ces substances, et qu'il existe certainement plusieurs corps très voisins dont le rôle n'est pas encore précisé.

Les effets de la restriction des boissons dans le diabète insipide humain. — M. R. KOURILSKY, Mlle L. CORRE et A. MIGNOT ont constaté que tous les sujets ont supporté une réduction massive de leur consommation de boissons sans présenter aucun accident organique grave. Il en résultait une exacerbation du besoin avec fatigue et énervement, des céphalées, des troubles digestifs. Chez trois malades se sont déclenchées des crises narcoleptiques ou comitiales existant avant l'opération. Les troubles généraux n'existent que chez un tiers des sujets et sont caractérisés par une asthénie importante, une élévation thermique, une dépression tensionnelle. Ces résultats sont corroborés par les recherches expérimentales, montrant que les animaux survivent même si la soif n'est pas satisfaite, à condition que la ration d'eau allouée soit égale à celle qu'ils consommaient avant l'opération. Ils ne supportent pas toutefois une restriction d'eau aussi marquée que les sujets normaux.

Pleurésie à « Pasteurella ». Guérison par les sulfamides. — MM. R. GAUBE, A. RAVRY et J. BOY rappellent que les infections dues aux germes du groupe des *Pasteurella*, si fréquentes chez les animaux de basse-cour, paraissent n'atteindre que rarement l'espèce humaine. Différents cas en ont été observés, qui ont fait l'objet d'une étude d'ensemble de Lévy-Bruhl. Cet auteur précise que la localisation du germe sur les séreuses est fréquente, sans qu'on en connaisse la porte d'entrée. Les auteurs ont observé une pleurésie purulente à *Pasteurella*; sa marche à allure subaiguë, son évolution bénigne, sa guérison sans évacuation pleurale confirment les observations antérieures. La médication sulfamidée longtemps prolongée semble avoir eu une action salutaire.

Mégaœsophage décelé par l'examen radiologique systématique du thorax. — MM. M. BARIÉTY, R. LESOBRE et P. CHOUBRAC ont constaté, à l'occasion d'une visite médicale d'embauche, chez une femme de quarante-cinq ans, une ombre radiologique à limite verticale nette, élargissant notablement à droite le médiastin. Après élimination des images pathologiques habituellement observées à ce niveau (ganglions, ombres vasculaires, pleurésie médiastine, etc...), on pense à un mégaœsophage. L'examen rapide après ingestion d'une ou deux cuillerées de bouillie épaisse était trompeur, car les bouchées opaques franchissaient aisément le médiastin sans révéler la dilatation du conduit. L'absorption d'un repas opaque montre cependant qu'il s'agit bien d'un mégaœsophage, exemple des problèmes sémiologiques nouveaux que l'extension croissante des examens radiologiques systématiques est appelée à créer.

ROGER PLUVINAGE.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Dauriac (de Bordeaux). — Le Dr Dunogier (de Bordeaux). — Le Dr J. Lanthier (de Ferrière-la-Grande, Nord). — Le Dr R. Gauthier (de Langon, Ille-et-Vilaine). — Le Dr J. Derome. — Le Dr Charles Gandy, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, médecin-chef du sanatorium de Villepinte.

MARIAGES. — Le Dr Marcel Vailhé, avec Mlle J. Bénézeth. — Le Dr Roger Calop, assistant à l'hôpital Franco-Musulman, avec Mlle Y. Bouillon.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Barde font part de la naissance de leur fils Denis. — Le Dr et Mme Royal font part de la naissance de leur fille Monique. — Le Dr et Mme Daniel Marot font part de la naissance de leur fils Paul. — Le Dr et Mme P. Lohrichon font part de la naissance de leur fille Brigitte. — Le Dr et Mme Petit-Muaux font part de la naissance de leur fille Danielle. — Le Dr et Mme Jean Vincent font part de la naissance de leur fille Solange.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. les professeurs Couvelaire et Tanon sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite (à dater de septembre 1943).

M. Coujard, assistant d'histologie, est nommé provisoirement chef de travaux adjoint (M. Mulon, retraité).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — MM. les professeurs Rocher, Duvergey et Lande ont été admis à la retraite, pour cesser leurs fonctions le 30 septembre 1943.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — MM. les professeurs Arloing, Favre, Morel et Patel sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite ;

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Par arrêté du 16 juin 1943, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de médecine légale et sociale à l'Ecole de médecine de Tours s'ouvrira le lundi 6 décembre 1943, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil* (à titre posthume). — M. Boudonnet (Camille), docteur en médecine à Caen (Calvados) ;

M. Lefort (Louis), docteur en médecine à Arbois (Jura).

Médaille d'argent. — M. Fayolle (Henri), docteur en médecine à Chartres (Eure-et-Loir).

Médaille de bronze. — M. Noyer (Georges), docteur en médecine, ex-interne à l'hôpital civil de Cannes (Alpes-Maritimes) ;

M. Guillermou (Robert), interne en médecine des hôpitaux de Caen (Calvados) ;

M. Chabrot (Henri), médecin à l'hôpital d'Alès (Gard) ;

M. Bea hard (Pierre), externe ayant fait fonctions d'interne au sanatorium Xavier-Arnozan de Bordeaux (Gironde).

M. Lucas (Pierre), externe ayant fait fonctions d'interne au sanatorium Xavier-Arnozan de Bordeaux (Gironde).

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique de la tuberculose (hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres). — Professeur : M. JEAN TROISIER ; assistants : MM. Bariéty et Brouet, agrégés, médecins des hôpitaux.

Un cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires sera fait du 18 octobre au 27 novembre 1943.

Ce cours s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes cliniques, thérapeutiques, sociales et administratives concernant la tuberculose.

Le matin, des stages cliniques avec démonstrations pratiques seront organisés dans le service.

Les leçons auront lieu l'après-midi, de 16 heures à 17 heures et de 17 heures à 18 heures, à la salle de conférences de la Clinique de la tuberculose. Le programme détaillé sera indiqué ultérieurement.

Droits d'inscription : 500 francs.

Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscription seront accordés par le Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel. Les demandes de bourses devront être adressées avant le 30 septembre 1943.

Les inscriptions sont reçues à la Clinique de la tuberculose, tous les matins, de 10 heures à midi (professeur agrégé Brouet), et au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Ce cours sera suivi, du 29 novembre au 11 décembre 1943, d'un cours théorique et pratique sur : « Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose.

Droits d'inscription : 500 francs.

Les inscriptions sont reçues à la Clinique de la tuberculose, tous les matins, de 10 heures à midi (Dr Brocard), et au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Les droits d'inscription pour l'ensemble des deux cours sont fixés à 800 francs.

École de sérologie de la Faculté de médecine de Paris (enseignement donnant lieu à l'attribution du diplôme de sérologie de l'Université de Paris).

La prochaine session de l'enseignement de l'Ecole de sérologie aura lieu du 24 avril 1944 au 1er juillet. Le nombre des élèves étant limité, les demandes d'inscription doivent être adressées dès maintenant à M. le Directeur de l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe).

NOUVELLES DIVERSES

La Ligue nationale française contre le péril vénérien rappelle à MM. les médecins praticiens que le Laboratoire de sérologie de l'Institut Alfred-Fournier est à leur disposition pour faire les examens sérologiques nécessaires au diagnostic et au contrôle du traitement de la syphilis.

Pour les malades envoyés par leur médecin, les prises de sang sont faites au dispensaire Alfred-Fournier, 2, rue Dareau, Paris (XIVe), les lundis et jeudis, à 13 h. 30.

Il est dû au laboratoire une redevance de 60 francs par examen, à moins que le médecin n'en demande expressément la gratuité.

Pour tout renseignement, s'adresser à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe). Téléphone Gob. 06-65.

VARIÉTÉS

ANDRÉ VÉSALE

L'an 1543, au mois de juin, un médecin belge, André Vésale, faisait paraître à Bâle un livre superbement édité et illustré : *De humani corporis fabrica*; l'auteur n'avait que vingt-trois ans et le livre marquait une date dans l'étude de l'anatomie et une voie nouvelle dans son évolution et celle de la médecine.

Vésale était né en 1514 à Bruxelles : c'était l'aurore de ce XVIe siècle, qui était l'épanouissement d'une longue période d'obscurité d'abord, de tâtonnements ensuite, où l'esprit humain achevait de se dégager de la fausse interprétation des anciens, de l'emprise des doctrines toutes faites, des controverses purement verbales, toutes choses dont la scolastique était l'expression. Le moyen âge allait finir et un monde nouveau paraître : ce fut d'abord dans le grand siècle l'apothéose de la culture antique; ce furent ensuite les temps modernes, que cette renaissance avait directement préparés par les méthodes qu'elle commençait à pratiquer et qu'allaient instaurer Bacon, en Angleterre, et, chez nous, Descartes.

Une lignée médicale déjà longue et qui s'était fort distinguée avait précédé Vésale : on peut la suivre jusqu'au XIIIe siècle, où un de ses ancêtres commentait Avicenne. Ce milieu familial était très favorable à l'éducation du futur anatomiste et ne pouvait que le prédestiner à une brillante carrière ; il arrivait aussi dans une atmosphère passionnée pour les travaux de l'esprit, où régnait entre les hommes une émulation qui en eût entraîné de moins bien préparés. « Provoqué, dit-il dans sa préface, par l'exemple de tant d'hommes illustres qui apportent à l'envi leur tribut à la science, et ne voulant pas rester seul dans l'inaction, ni déchoir de la réputation que mes ancêtres se sont acquise comme médecins, j'ai pensé qu'il fallait retirer de l'obscurité cette branche de la philosophie naturelle, et faire en sorte que nos travaux, s'ils n'égalent pas ceux des maîtres, ne fussent pas indignes d'en être rapprochés, afin que, dans ce siècle de rénovation universelle, l'anatomie eût la place qu'elle mérite d'avoir. »

Très versé dans les lettres grecques et latines, il se rendit compte du peu de fidélité des traducteurs et des commentateurs, des erreurs commises, de l'imprudence de ceux qui leur accordaient trop de confiance ; appliquant ces observations à la branche qu'il se proposait de cultiver, il conclut à la nécessité de reprendre tout à la base par des observations directes. Dans ce temps où tout allait si vite, les idées, les travaux, les découvertes, cet état d'esprit était constant chez ceux dont la curiosité scientifique était éveillée, et qui ne pouvaient se satisfaire de leçons qui leur paraissaient appartenir à un passé déjà révolu.

L'Université de Paris était alors un centre d'attraction pour tous les esprits distingués : il résolut de s'y rendre pour suivre les leçons de maîtres réputés. Gonthier d'abord, Sylvius ensuite. Il fut déçu, sentant que, si la forme des discours était parfaite, le fond était inexistant ou à peu près. Il décida alors de chercher lui-même directement ce qu'il ne trouvait point par ailleurs et s'adonna à la dissection humaine avec une passion qui lui faisait braver les risques qu'elle pouvait présenter ; il aboutit bientôt : à vingt-deux ans il découvrait et décrivait les vaisseaux spermatiques, et les conférences où il exposait le fruit de ses recherches furent suivies comme les cours des plus renommés professeurs.

Au titre de ce séjour à Paris, il nous appartient un peu, et c'est un honneur pour notre Université que d'avoir contribué à former celui qui devait tenir une telle place dans les destinées de la médecine.

Une guerre malencontreuse l'obligea à rejoindre Charles-Quint ; il devint son médecin; peut-être ensuite lui fut-il difficile de revenir en France; puis il était attiré par l'école alors fameuse de Padoue, où lui fut confiée la chaire de chirurgie et d'anatomie. Cinq années plus tard, il publiait son ouvrage avec une illustration qui bénéficiait de ses relations avec les artistes qui affluaient alors à Venise.

La malchance voulut qu'il fût rappelé auprès de Charles-Quint en Espagne, pays de l'Inquisition ; quelques années plus tard, il fut en difficultés avec celle-ci à propos d'une autopsie : un incident banal fit crier au meurtre; il ne s'en tira que par un pèlerinage à Jérusalem. Il en revenait pour reprendre à Padoue la chaire qui lui était à nouveau offerte, lorsqu'il périt au cours d'un naufrage, en 1564, victime indirectement de sa passion pour la dissection, il avait à peine cinquante ans.

Son livre fit sensation. Jusque-là, sauf un traité élémentaire de Bérenger de Carpi, paru en 1514, ces ouvrages n'étaient pas illustrés ; celui de Vésale l'était magnifiquement : 323 figures pour quelque 700 pages, et d'une qualité telle que les dessins purent être attribués au Titien ; l'imprimeur, Oporinus, était de ses amis, et tout, papier, caractères, etc., avait été spécialement soigné ; l'élégance du texte n'en était pas le moindre ornement, et on y trouvait nombre de nouveautés dont quelques-unes portent encore son nom et qui étaient dues à ses recherches personnelles ; nous avons déjà cité les vaisseaux spermatiques; il décrit et fixe l'origine des nerfs et leurs variétés, la disposition et le fonctionnement des valvules du cœur, l'imperforation de la cloison interventriculaire, la constitution des mâchoires, etc.

Ce qui fut un événement, ce ne fut pas tant — et bien qu'il l'eût faite beaucoup plus largement qu'eux — la dissection humaine, pratiquée déjà par Mondini, Bérenger de Carpi, Sylvius entre autres ; ce fut l'esprit critique qu'il montra vis-à-vis de Galien. Jusque-là, celui-ci régnait en maître absolu sur la médecine : tout ce qu'il avait dit, et même ce qu'on lui prêtait, était accepté aveuglément ; il semblait que toute tentative de vérification de ses dires eût été une sorte de sacrilège, tant ils étaient considérés comme articles de foi ; si, d'aventure, au cours d'une observation fortuite, certains faits paraissaient inexacts, on préférait, comme Riolan, dire que c'était l'anatomie qui s'était modifiée avec le temps ; plutôt que de mettre en doute ses affirmations, on ne voyait pas ce qui existait et on voyait ce qui n'existait pas, comme cet *os incorruptible* dont Vésale fut le premier à nier l'existence.

Cependant cette opposition, qui devait être réelle sur le fond, ne l'était pas dans la forme : Vésale avait la plus vive admiration pour Galien, et c'est à son corps défendant qu'il met en doute son témoignage ; il prend parti contre Aristote et ses disciples dans la question de l'origine des nerfs ; s'il nie la présence d'orifices dans la paroi interventriculaire, il concède que le ventricule droit ne se vide pas si complètement qu'il ne puisse y rester un peu de sang qui pourrait passer dans le gauche par des pores de cette paroi ; il se défend de mettre en doute les affirmations de Galien, de vouloir enseigner aux étudiants des faits non conformes à sa doctrine...

Si Vésale ne voulait pas ouvertement et nettement se dresser contre Galien, il ne le pouvait pas non plus dans le temps où il vivait : le milieu n'était pas favorable à une telle révolution, et il lui fallait bien compter avec son siècle. Il faut penser que ce ne fut qu'en 1619 que Harvey enseigna à ses élèves la découverte de la circulation, et encore crut-il prudent d'attendre près de dix ans pour la publier. Bien que près d'un siècle se fût écoulé depuis Vésale, cette publication lui valut des déboires, et cependant il eut pour le défendre, au moins dans le principe, la grande voix de Descartes.

Ces réticences n'empêchèrent point de vives réactions : ce fut d'abord Sylvius dont il avait été l'élève, puis Fallope qui devait lui succéder dans sa chaire de Padoue, Eustachius qui le fit avec sa brutalité coutumière. Vésale répondit que, les dissections de Galien ayant été faites sur les animaux, ses descriptions ne pouvaient s'appliquer à l'homme : cette réflexion basée sur le bon sens ne calma pas ses adversaires et la querelle se poursuivit. Cependant, si on peut regretter le ton parfois trop acerbe de ces polémiques, lorsqu'elles se produisent entre gens de la valeur de ceux qui nous occupent, elles ne laissent pas d'avoir souvent les plus heureux résultats : chacun, pour mieux étayer ses arguments, entreprend des recherches, des travaux qui, pour ne pas lui donner toujours les résultats qu'il cherche, lui en donnent d'autres qui lui sont apparus à l'occasion de ses investigations, et qui, pour être imprévus, n'en sont pas moins des plus précieux pour la science qui est en cause. Dans ses *Observationes anatomicæ*, Fallope a redressé des erreurs de Vésale, donné les résultats de ses propres travaux, et c'est à l'ardeur qu'il mit dans cette lutte qu'Eustachius doit les découvertes qui lui ont valu une notoriété qui s'est conservée jusqu'à nous.

L'atmosphère n'était pas favorable au rejet ou même à une appréciation plus exacte de la valeur de la doctrine de Galien comme du redressement de ses erreurs ; par contre, les esprits étaient orientés de plus en plus vers l'expérimentation et l'observation des faits. Si donc Vésale fut attaqué pour ses critiques d'un auteur pour qui on avait alors un respect presque religieux, le mode de recherches qu'il avait sinon inauguré, tout au moins

généralisé fut au contraire accueilli avec faveur par les médecins épris de science ; aussi furent-ils de plus en plus nombreux ceux qui, à sa suite, se lancèrent dans des recherches anatomiques qui devaient renouveler cette branche de la médecine. Vésale ne nous apparaît donc peut-être pas comme un initiateur, mais bien plutôt comme un chef d'école et un vulgarisateur d'une méthode dont il avait montré la fécondité par ses propres travaux.

Il avait certes plus de génie que ses prédécesseurs et que la plupart de ses contemporains et successeurs immédiats ; ce génie toutefois n'était pas suffisant pour lui permettre, dans le milieu non préparé où il évoluait, de tenter un redressement complet des erreurs présentes et passées ; son caractère ne l'y prédisposait peut-être pas non plus, aussi son action ne fut-elle pas directe, éclatante ; elle n'en fut pas moins féconde et efficace puisqu'elle préluda aux progrès rapides effectués en anatomie avec leurs conséquences pour toute la médecine, et que le couronnement en fut la découverte de Harvey.

En ce temps, les esprits curieux ne manquaient pas ; ils manquaient encore moins en médecine qu'ailleurs, et ces esprits cherchaient leur voie. Faute de méthode, ils ne pouvaient le faire qu'en tâtonnant, et les efforts étaient dispersés. On ne peut dire que Vésale ait conçu une méthode générale, ce qui était réservé à d'autres; mais à ces médecins qui erraient il indiqua une voie, il fournit un texte, un guide, et un guide sûr, puisqu'il avait fait ses preuves : à ce titre, il a bien mérité de la Médecine. Ce fut certes dans un champ plus modeste que Copernic et Descartes, mais il est bien nécessaire qu'apparaissent parfois, aux moments favorables, des hommes comme Vésale ; ils sont d'un génie moindre peut-être, mais, participant au mouvement des idées, le devançant même comme il fit, ils n'atteignent pas aux sommets, mais leur action est déterminante dans la branche qui fait l'objet de leurs travaux. Qui sait même si cette action ne déborde pas le cadre de ces travaux et n'a pas une influence qui prépare la voie aux méthodes d'ensemble, favorise et précipite leur éclosion ? Quant à lui reprocher de ne pas avoir été au bout de sa pensée, d'avoir voulu ménager Galien, il faut considérer qu'il lui était à ce moment fort difficile d'agir différemment et que peut-être son génie ne le lui permettait pas; il faut se souvenir aussi que, près d'un siècle plus tard, dans la question de la découverte de la circulation, Descartes n'a pas pu se dégager complètement de la doctrine scolastique.

Il en fut de Vésale comme de tous ceux qui s'élèvent au-dessus du commun : loué par les uns, blâmé et critiqué par les autres, dans les deux cas à l'extrême, il ne méritait aucun de ces excès. C'est sous le jour de son influence dans le cadre de la médecine et peut-être, vraisemblablement même, dans le cadre général, et en n'oubliant pas l'erreur commise par Descartes, qu'il convient d'apprécier Vésale et son œuvre ; et ce jour est assez beau pour le classer parmi ceux qui ont largement contribué aux progrès de la médecine, comme à sa grandeur, et qui n'ont pas par ailleurs été sans influence sur l'évolution de l'esprit humain.

A. Herpin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juillet 1943.

Le centenaire de Grancher. — M. Fernand Bezançon consacre à l'œuvre de *Grancher phtisiologue* une importante étude qui fait suite à l'exposé des travaux de *Grancher pédiatre*, fait la semaine dernière par M. Jules Renault.

La part respective du périmètre thoracique et de la taille dans les variations de leur rapport pendant l'enfance et la jeunesse. — M. Pierre Nobécourt. — « Le rapport $\frac{PT}{T}$ est fort chez le nouveau-né et à un an (0,62-0,63). Il diminue graduellement jusqu'à treize ans, où il est le même (0,45) dans les deux sexes. Il augmente ensuite et atteint son maximum chez la fille (0,51) à quinze ans,

chez le garçon (0,50) à dix-huit ans. Il est, d'une façon générale, un peu plus fort chez la fille ; l'excès maximum (0,06) est à trois et à quinze ans.

» J'ai calculé l'*accroissement du Pt correspondant à une croissance* staturale de 100 centimètres. L'étude des valeurs obtenues conduit aux conclusions suivantes :

» 1° Jusqu'à seize ans, chez le garçon, douze ans chez la fille, $\frac{PT}{T}$ et ses variations sont surtout sous la dépendance des modalités de la croissance staturale ; à partir de ces âges surtout sous celle des modalités de l'accroissement du Pt ; d'abord accroissement relativement fort de la T et faible du Pt ; ensuite modalité inverse.

» 2° Les majorations de l'accroissement de la T et du Pt alternent ; les alternances sont plus précoces chez la fille.

» 3° $\frac{PT}{T}$ est le même dans les deux sexes chez le nouveau-né et à un an, à treize ans, de dix-huit à vingt ans. »

Sur un cas de polyglobulie. — MM. LOEPER et BOULANGER présentent quelques observations sur un cas de *polyglobulie*. Ils insistent sur le rôle de la viscosité dans la production des thromboses artérielles et sur ses variations sous l'influence de la radiothérapie ; sur la richesse en histamine du sang de ces malades et les relations de l'histaminémie avec la dilatation des vaisseaux et des capillaires ; sur l'apparition enfin, dans le sang, de quantités notables d'oxyde de carbone, auquel ils attribuent une part au moins des phénomènes observés.

Vitamines et action anagocytique des eaux minérales. — MM. M. CHIRAY, L. JUSTIN-BEZANÇON et DUBOST apportent les résultats de leurs recherches d'hydrologie expérimentale sur l'action anagocytique de certaines eaux sulfureuses. Leurs expériences ont été poursuivies à l'aide d'une mucorinée (*Phycomyces blackesleeanus*) pour laquelle la vitamine B_1 joue le rôle de facteur indispensable de croissance. Ils montrent que la vitamine B_1 est capable de supprimer les effets anagocytiques de l'eau sulfureuse. Il existe un antagonisme entre la vitamine, qui favorise la croissance, et l'eau minérale, qui l'entrave.

Le pouvoir immunisant du « Bacterium coli » irradié par le rayonnement total du radon. — MM. LEVADITI, BONNET-MAURY et NOURY.

Sur le diagnostic de la distomatose à « faciola hepatica » par les réactions d'allergie cutanée. — M. L. MORENAS. — Présentation par M. FIESSINGER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 2 juillet 1943.

Leucémie subaiguë terminée par une poussée aiguë. Leucémides diffuses. — MM. P. NICAUD et A. LAFITTE rapportent l'observation d'un homme de cinquante-deux ans qui présenta pendant dix-huit mois de l'asthénie, de la fièvre et un amaigrissement important. Puis survinrent des accidents cutanés considérés comme staphylococciques. Mais la formule sanguine comportait 68 000 globules blancs, puis bientôt 245 000, en même temps que les éléments lymphocytaires augmentaient et que les cellules souches faisaient leur apparition dans le sang. Une biopsie d'un élément anthracoïde montra une infiltration diffuse dermo-épidermique lymphocytaire et de cellules indifférenciées avec nombreuses mitoses. La poussée terminale aiguë dura environ un mois.

Appréciation indirecte de l'avitaminose B_1 par le test pyruvique. Étude chez les tuberculeux pulmonaires. — MM. J. PARAF, L. DESBORDES et A. PARAF ont étudié, chez une cinquantaine de tuberculeux pulmonaires évolutifs et non, l'avitaminose B_1 par dosage urinaire de l'acide pyruvique. Alors que chez l'adulte sain le chiffre moyen est au niveau de 200 milligrammes, il monte à 500 et 400 milligrammes chez les tuberculeux pulmonaires.

Dégénérescence amyloïde primitive. — MM. N. FIESSINGER, R. LEROUX, P. ALAJOUANINE et J. GRISLAIN rapportent l'observation d'une femme de cinquante-trois ans qui, sans suppuration antérieure, sans tuberculose ni syphilis, fit une dégénérescence amyloïde généralisée traduite par un gros foie, de l'albuminurie et de l'acroparesthésie avec érythromélalgie. Le diagnostic ne fut possible que par l'examen histologique d'une parcelle de foie obtenue par ponction biopsie. L'évolution dura plus d'un an. Anatomiquement, la surcharge amyloïde avait au niveau du foie pris entièrement la place du parenchyme. Cette amylose intéressait la rate, les reins, les surrénales et les vaisseaux du derme, où existaient des nodules amyloïdes. Des lésions terminales de bronchopneumonie et de néphrite ascendante ne pouvaient expliquer cette amylose. Les auteurs insistent sur ces faits d'amylose sans cause et en signalent d'autres observations connues, dont une s'accompagnant du même syndrome d'acroparesthésie que l'on peut attribuer à la surcharge amyloïde des capillaires du derme. La phase terminale de ce cas reproduisit l'insuffisance hépatique du « foie absent » des hépatectomies totales, avec son hypoglycémie massive et progressive.

Un cas d'amylose hépato-ganglionnaire sans étiologie reconnue. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, A. DOMART et L. GOUGEROT rapportent l'observation d'un homme de cinquante-sept ans qui présenta des adénopathies multiples, une hépatomégalie considérable et très dure, un syndrome œdémateux et des signes d'insuffisance rénale. La biopsie d'un ganglion et la ponction biopsie du foie révélèrent qu'il s'agissait d'amylose. Il n'y avait aucune étiologie ni de suppuration, ni de tuberculose, ni de syphilis. Cette observation montre que la maladie amyloïde peut évoluer comme une affection en apparence primitive, sans qu'on puisse lui déceler une étiologie.

Un cas de diphtérie chez un enfant récemment vacciné. — M. GRENET présente une note de M. BRELET dans laquelle l'auteur, à propos d'un cas, montre que la diphtérie du vacciné, très exceptionnelle, ne doit pas être méconnue, un diagnostic précoce influant beaucoup sur le pronostic de cette affection.

Le traitement des apnées de l'électro-choc. — MM. J. DELAY, CH. DURAND, L. VIDART et J. BOUREAU ont constaté le caractère impressionnant de certaines apnées prolongées. Ces apnées, particulièrement fréquentes chez certains sujets, surviennent souvent lorsque le choc engendre une absence au lieu d'une crise convulsive vraie. Les auteurs ont traité avec un succès constant ces apnées par des inhalations d'anhydride carbonique pur, excitant spécifique du centre respiratoire. En raison de l'urgence et de la brièveté du temps d'inhalation nécessaire, l'anhydride carbonique est préférable au carbogène, d'un pouvoir excitant bien moindre.

Deux cas de septicémie à bacille de Gartner. — M. LEMIERRE présente deux observations de MM. SEDALLIAN et BERTOYE concernant : la première une infection à type éberthien banal, l'autre une septicémie avec endocardite infectieuse. Le bacille de Gartner fut isolé dans les deux cas, celui de la deuxième observation identifié par la sérologie à la variété Dublein. Les malades avaient dans leur sérum des agglutinines anti-O Eberth. Ce type sérologique n'a rien de surprenant puisque les antigènes somatiques de l'enteridis et de l'Eberth sont identiques (antigènes IX de la classification de Kaufmann). Il était intéressant de retrouver dans la sérologie clinique cette même réaction qui jusqu'ici ne relevait que de l'analyse expérimentale.

ROGER PLUVINAGE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 23 juin 1943.

Volumineux hématome prépéricardique avec hémopéricarde et rupture de la valvule mitrale par contusion thoracique sans plaie ni fracture. — M. CABY. — Rapport de M. R. MONOD.

Maladie de Hodgkin primitive du grêle décelée par une perforation. — MM. P. MONOD et DUPERRAT. — Rapport de M. MOULONGUET.

Volvulus de la vésicule biliaire opéré et guéri. — M. MAGNAN. — Rapport de M. SOUPAULT.

Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle. Résultats éloignés chez 17 malades opérés de 1934 à 1942. — MM. C. LIAN, WELTI et GAQUIÈRE apportent les résultats de 17 splanchnicectomies associées à l'ablation de la corne externe du ganglion semi-lunaire et à la sympathectomie lombaire. L'opération agit incontestablement sur les troubles fonctionnels liés à l'hypertension qui sont amendés soit définitivement, soit pendant longtemps.

Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle. — MM. A. SICARD et M. GAULTIER ont pratiqué sur 6 malades la splanchnicectomie : elle a toujours amélioré une hypertension qui avait résisté à tout autre traitement.

Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle. A propos de 10 cas guéris. — M. SYLVAIN BLONDIN qui a surtout pratiqué des surrénalectomies bilatérales partielles se demande si on ne pourrait pas leur associer la section du splanchnique.

Discussion. — MM. GOUVERNEUR, LOUIS MICHON, LERICHE.

Présentation de radiographie. — M. COUVELAIRE présente un cliché, après lavement baryté, d'un volvulus du côlon pelvien sur lequel l'aspect spiralé de la zone de torsion est particulièrement net.

Séance du 30 juin 1943.

De la gastrectomie totale. — M. JEAN DUVAL. — M. D'ALLAINES lit ce travail. L'auteur protège la suture totale antérieure en la recouvrant par l'anse afférente, ce qui fait que l'œsophage se trouve situé dans un véritable fourreau entre l'anse afférente et l'anse efférente.

M. d'Allaines estime que cet artifice constitue pour la méthode une sécurité supplémentaire très intéressante. Il apporte, à l'occasion de ce travail, les résultats de ses interventions personnelles.

Syndrome de subocclusion, puis péritonite par perforation au cours d'un purpura rhumatoïde. — MM. LEPOUTRE, LANGERON, DELATTRE et DESORGHER (de Lille). — L'intervention amena la guérison avec des suites opératoires simples.

Œdème aigu du pancréas chez un enfant de huit ans. — MM. LAFITTE et SUIRE (de Niort).

Signification de la maladie post-opératoire. — MM. JEAN GOSSET et JEAN DELAY montrent qu'on peut rapprocher les manifestations de la maladie post-opératoire de celles qu'est susceptible de déterminer l'électro-choc. On peut peut-être rapporter l'origine de la maladie post-opératoire à une réaction diencéphalique hypothalamo-hypophysaire.

M. DESMAREST insiste sur l'importance du facteur anesthésique.

M. LAMBRET rappelle qu'il a déjà montré l'origine neuro-végétative de la maladie post-opératoire.

M. DESPLAS a remarqué que les injections de sonéryl intraveineux mettent le malade dans un état de subconscience et annulent les effets de la maladie post-opératoire. La novocaïne intraveineuse, dans les états de subocclusion post-opératoire, donne des succès immédiats dans deux tiers des cas.

M. LERICHE pense qu'il ne faut pas considérer la maladie post-opératoire comme une réaction de défense.

Présentation d'instrumentation pour traitement des fractures du calcanéum. — M. HUGUIER.

JACQUES MICHON.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 18 mai 1943.

Le traitement des luxations congénitales de la hanche basé sur l'arthrographie. — M. J. LEVEUF s'est attaché, depuis une dizaine d'années, à améliorer le traitement des luxations congénitales de la hanche qui, jusque-là, se bornait à la réduction orthopédique suivant la méthode de Lorenz ; or, les résultats éloignés de ce traitement sont loin d'être satisfaisants, puisque, dans 70 à 75 p. 100 des cas, la statique de la hanche reste déficiente du fait des subluxations résiduelles et des reluxations.

Un premier progrès a consisté à avoir un contrôle immédiat et précis de la réduction orthopédique au moyen de l'arthrographie mise au point avec la collaboration de P. Bertrand ; dans les cas où la réduction est parfaite, le traitement orthopédique est poursuivi. Lorsque, au contraire, le résultat est insuffisant, l'arthrogramme montre le plus souvent la nature de l'obstacle qui s'oppose à la réduction : interposition du limbus, ou du ligament rond, ou de la capsule, etc., et dans ce cas la réduction orthopédique est abandonnée pour faire place à la reposition sanglante.

Le second progrès a été le perfectionnement de la technique chirurgicale qui, par la suppression du choc opératoire, au moyen de la perfusion de sérum physiologique avec injection d'adrénaline à la demande suivant la technique préconisée par Leveuf en 1940, a permis de réduire à zéro la mortalité et par suite d'étendre les indications opératoires.

Le cas idéal est représenté par la luxation vierge de tout traitement dont l'irréductibilité est démontrée par l'arthrographie : l'opération consiste à lever les obstacles s'opposant à la réduction. Depuis octobre 1940, 72 luxations ont été réduites sous le contrôle de l'arthrographie : 30 d'entre elles ont dû être soumises à la réduction sanglante primitive avec 23 bons résultats, 6 résultats insuffisants et 1 mauvais résultat.

Il n'y a aucune raison de refuser le bénéfice de l'opé-

(Voir suite page V.)

ration aux sujets chez qui le traitement orthopédique classique a échoué ; seulement, il y a en pareil cas de graves lésions de la tête fémorale et l'avenir de l'articulation paraît assez compromis. Depuis 1940, 20 cas ont subi la réduction sanglante secondaire avec 13 bons résultats, 6 résultats insuffisants et 1 mauvais résultat. Seule l'épreuve du temps montrera dans quelle mesure la reposition de la tête du fémur dans le cotyle sera capable d'amener la guérison en pareil cas.

Mais la nouvelle méthode que propose J. Leveuf paraît d'ores et déjà capable d'améliorer dans une proportion importante les résultats du traitement de la luxation congénitale de la hanche.

Remarques sur l'évolution des paralysies obstétricales du plexus brachial. — M. SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE.

Un cas d'achondroplasie localisée associée à d'importantes dystrophies osseuses. — MM. SORREL et XAMBEN.

Sur la torsion funiculaire chez le nouveau-né. — M. BRET.

L'étape tumorale dans les sympathomes de la région lombaire. — M. FÈVRE.

A. BOHN.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 4 mars 1943.

Processus cervical de névraxite avec arachnoïdite. Commentaires cliniques et opératoires de physiopathologie. — MM. A. TOURNAY et J. GUILLAUME relatent l'observation d'une femme qui présentait une algie violente et tenace du moignon de l'épaule gauche, avec hémianesthésie du côté droit, à partir du cou, sans signe de lésion vertébrale. Le lipiodol s'accrochait légèrement au niveau de CV-CVI. L'intervention montra un feutrage arachnoïdien et un gonflement de la moelle à hauteur de CV. La moelle fut fendue le long du sillon postérieur

L'intervention fit disparaître complètement la douleur. Mais des troubles respiratoires apparurent, d'origine phrénique, avec dyspnée et tachypnée, et la malade mourut le surlendemain.

L'atrophie olivo-rubro-cérébelleuse. Étude anatomique et pathogénique. — MM. J. LHERMITTE, J. SIGWALD et CH. RIBADEAU-DUMAS rapportent la première histoire clinique de cette variété d'atrophie cérébelleuse, décrite par Lhermitte et Lejonne. Il s'agit d'un syndrome cérébelleux complet, contrastant avec l'intégrité de tous les autres appareils nerveux, avec éclosion plus tardive de myoclonies rythmées atteignant les yeux, les paupières, les lèvres et toute la musculature pharyngolaryngée.

Anatomiquement, la dégénération frappe toute l'écorce cérébelleuse, le pédoncule cérébelleux supérieur et le noyau dentelé, l'olive bulbaire et les fibres qui en dépendent. Dans cette observation comme dans la précédente, la dégénération cérébelleuse apparaît secondaire à un foyer destructif pédonculaire qui sectionne tout ou partie de la commissure de Wernekink. S'intégrant dans la classe des atrophies systématiques, transsynaptiques et rétrogrades, l'atrophie olivo-rubro-cérébelleuse présente donc une physionomie clinique et anatomique particulière.

Un cas de planotopoagnosie. — M. ANDRÉ THOMAS a pu suivre, pendant de longues années, un malade qui a servi à la description de MM. P. Marie et Bouttier. Il décrit le développement des troubles de l'automatisme, des troubles gnosiques, et enfin des troubles dysmétriques qui ont fait successivement leur apparition chez lui.

M. LHERMITTE insiste sur la différenciation nécessaire entre de tels faits et l'apraxie classique.

Syndrome myxœdémateux et syndrome myotonique associés. Présentation du malade après traitement thyroïdien. — MM. F. THIÉBAUT et HEUROT présentent de nouveau le malade qu'ils ont déjà montré à la séance du 7 janvier. Le traitement thyroïdien a fait disparaître à la fois le syndrome myxœdémateux et le syndrome myotonique. Ce fait plaide en faveur de l'origine thyroïdienne des troubles myotoniques.

Infantilisme pur chez deux jumeaux monozygotes. — MM. GEORGES GUILLAIN et ROUZAUD présentent deux jumeaux de quinze ans qui, l'un et l'autre, sont atteints d'infantilisme pur.

Ces jumeaux présentent les mêmes caractères morphologiques, la même diminution du niveau mental, le même retard sexuel, le même groupe sanguin, la même similitude des électro-encéphalogrammes et des empreintes digitales. L'infantilisme morphologique et sexuel n'est ni d'origine hypophysaire ni d'origine thyroïdienne.

De nombreuses affections neurologiques et psychiatriques ont été observées simultanément chez des jumeaux ; mais, dans la littérature médicale, il n'a été mentionné qu'un seul cas d'infantilisme.

Hémiparkinson par tumeur frontale. — MM. GARCIN et KLEIN présentent une observation d'hémiparkinson gauche d'abord typique, qui s'est accompagné secondairement d'épilepsie, de céphalée, de stase papillaire, de rires et de pleurs spasmodiques. Le *graping reflex* existait à gauche. L'intervention a permis l'ablation d'une tumeur

préfrontale droite et a fait disparaître complètement le syndrome parkinsonien.

M. LHERMITTE rappelle que le parkinson préfrontal est toujours le fait de tumeurs ; M. GARCIN, qu'il s'agit toujours de syndromes parkinsoniens assez rapidement évolutifs.

Syringomyélie et positivité du Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. J.-A. CHAVANY et E. WOLINETZ rapportent deux cas de syringomyélie très typiques du point de vue séméiologique et évolutif. Les deux sujets ont un Bordet-Wassermann positif dans le liquide, avec une hyperalbuminose à 0gr,40 et un benjoin colloïdal normal. L'un d'eux présente, en outre, un Bordet-Wassermann positif dans le sang. Chez ce dernier, la syphilis peut avoir fait le lit de la gliose syringomyélique. Chez l'autre, indemne de syphilis, le Bordet-Wassermann rachidien peut être engendré par une modification non spécifique des albumines rachidiennes. Le fait important est l'inefficacité du traitement antisyphilitique longtemps poursuivi, contrastant avec les bons effets de la radiothérapie tardivement instituée. Il ne faut pas s'attarder à la cure antisyphilitique, si elle s'avère inopérante.

M. MOLLARET signale que les réactions de Bordet-Wassermann faussement positives du LCR peuvent être différenciées des réactions authentiques parce qu'elles disparaissent après chauffage à 50°.

Encéphalomyélite pseudo-tumorale avec hypertension cranienne et stase papillaire, par MM. RISER, GAYRAL, GÉRAUD et LAMARCHE (de Toulouse).

Chorée prolongée et narcolepsie, par MM. RISER, CANCEIL et GAYRAL (de Toulouse).

Sclérose en plaques du type pseudo-bulbaire, par MM. RISER, GAYRAL et GÉRAUD (de Toulouse).

La démence précoce postencéphalitique. — MM. JEAN DELAY, G. DESHAIES et J. TALAIRACH, dans le groupe de la démence précoce vraie ou hébéphrénie, opposent à la démence précoce dégénérative constitutionnelle, ou hébéphrénose, la démence précoce toxi-infectieuse acquise, ou hébéphrénite, et, dans ce dernier cadre, ils isolent un type particulier, l'hébéphrénite épidémique, dont ils analysent une observation. Il s'agissait d'une démence précoce paranoïde avec catatonie d'apparence banale. Mais le début des troubles après une encéphalite à forme choréique, l'existence d'épisodes oniriques hallucinatoires visuels avec hallucinose lilliputienne, les perversions instinctives surajoutées à l'indifférence affective, l'extériorisation de signes parkinsoniens latents après épreuve du scopochloralose, enfin la perturbation des réactions colloïdales permirent le diagnostic étiologique. Il y a lieu, dans cette forme spéciale, d'ajouter aux traitements habituels de la démence précoce (insuline et électro-choc), les traitements anti-encéphalitiques.

Epilepsie jacksonienne ancienne. Etat de mal grave. Ablation de la zone épileptogène et d'un hématome intraventriculaire. Guérison. — MM. DE SÈZE et GUILLAUME présentent l'observation d'une jeune fille de vingt et un ans, qui, à l'âge de cinq ans, avait subi un violent traumatisme cranien et qui était sujette, depuis l'âge de onze ans, à des crises convulsives, à début souvent jacksonien brachial droit. Un Bordet-Wassermann positif avait motivé un traitement spécifique, dont l'effet avait été mauvais. Un syndrome de vomissements incoercibles avait justifié un examen radiologique, qui avait mis en valeur une stase duodénale, mais l'intervention n'avait montré qu'une dilatation de la deuxième portion du duodénum, sans obstacle sur la troisième portion, et la duodéno-jéjunostomie n'avait pas empêché les crises de devenir de plus en plus fréquentes. La malade étant en état de mal, l'intervention fut pratiquée dans la région rolandique droite. La cicatrice corticale fut enlevée, mais, la paroi ventriculaire faisant hernie, on pénétra dans le ventricule, d'où l'on put extraire un caillot. Depuis l'opération la malade présente une hémiplégie droite, avec gros troubles de la sensibilité, du type pariétal, troubles aphasiques et hémianopsiques, mais les crises épileptiques et les troubles digestifs ont disparu.

M. PUECH insiste sur l'intérêt de l'électrisation directe, au cours de l'intervention, pour rechercher la zone épileptogène. Cette dernière, assez souvent, ne correspond pas à la zone motrice et son ablation peut être pratiquée sans déterminer de grosses lésions déficitaires. M. GUILLAUME

croit, comme M. Puech, que beaucoup d'épileptiques seraient justiciables de la neuro-chirurgie. Il pense que, lorsque la zone épileptogène correspond à l'aire motrice, l'intervention pourrait se borner à la coagulation des vaisseaux, ce qui permettrait d'éviter les gros déficits non récupérables.

Équivalents comitiaux à type de sentiment de « déjà vu » et d'étrangeté au cours d'une tumeur de la pointe temporo-sphénoïdale droite. Leur analogie avec les crises unciformes. — MM. J. SIGWALD et J. GUILLAUME rapportent l'observation d'une volumineuse tumeur de la pointe temporo-sphénoïdale droite qui s'était traduite pendant trois ans par des accès psychiques particuliers : brusquement, la malade éprouvait le sentiment que tout ce qui l'entourait devenait étrange et elle recherchait quand elle avait déjà vu pareille chose. Ces accès très courts se modifièrent par l'adjonction d'une hallucination visuelle figurée à laquelle la malade attachait la même illusion de déjà vu. Bien qu'il n'y eût aucune hallucination olfactive ni gustative, ces accès ont été interprétés comme prenant leur origine dans la région de l'uncus de l'hippocampe et rattachés aux crises unciformes.

L'ablation d'un volumineux oligodendrogliome de la pointe du lobe temporo-sphénoïdal amena la guérison.

MM. DELAY, ALAJOUANINE discutent la valeur localisatrice du sentiment de déjà vu, quand ce dernier ne s'associe pas à une hallucination gustative ou olfactive.

J. MOUZON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 juillet 1943.

Variations sanguines provoquées par la radiothérapie et l'intervention chirurgicale dans les cancers du sein. — M. JACQUES LOEPER. — La protidémie s'accroît après radiothérapie ; la cholestérolémie et la calcémie s'abaissent après la radiothérapie, comme après l'ablation.

Effets endocriniens provoqués expérimentalement par l'injection d'extraits de cancer du sein. — MM. P. GLEY et J. LOEPER montrent que la cellule du cancer du sein se comporte souvent comme une cellule endocrine capable de réaliser tantôt l'hyperovarie, tantôt l'hyperthyroïdie et l'hypercalcémie. Cette activité se retrouve surtout dans les cancers infiltrés.

Sur le mécanisme périphérique de la douleur. Intervention de l'histamine dans la brûlure et le prurit. — M. JEAN-LOUIS PARROT montre que, en dépit des expériences de Rosenthal et Minard, il n'est pas vraisemblable que l'histamine intervienne dans le mécanisme périphérique de la douleur provoquée par pincement, piqûre, incision ou excitation faradique de la peau. Par contre, l'auteur établit qu'un antagoniste de l'histamine, le chlorhydrate de diméthyl-amino-éthyl-N-benzylaniline, ou 2339 RP, permet d'accroître notablement la durée pendant laquelle le contact de l'eau brûlante (au-dessus de 54°) est toléré ; or l'échauffement de la peau libère de l'histamine ; d'autre part, l'introduction de cette substance dans le derme provoque une vive brûlure. L'histamine intervient donc dans le mécanisme périphérique de cette sensation, que l'excitant soit physiologique (chaleur) ou pathologique (zona). Enfin, le prurit est provoqué par la libération d'histamine dans les couches superficielles de la peau.

Sur la purification de l'anatoxine diphtérique et sur son obtention en solution de titre antigénique très élevé (jusqu'à 20000 unités au centimètre cube). — MM. G. RAMON et A. BOIVIN montrent qu'en précipitant l'anatoxine brute par l'acide trichloracétique, dans les conditions décrites, on peut obtenir une concentration en anatoxine s'élevant jusqu'aux environs de 20 000 unités par centimètre cube et cela avec un rendement en principe actif se situant entre 90 et 100 p. 100.

La dispersion tréponémique chez la souris après inoculation intratesticulaire. — MM. C. LEVADITI et H. NOURY. — Lorsqu'on inocule le virus syphilitique (chancre du lapin) dans les testicules de la souris, les tréponèmes ne peuvent y être décelés au delà du sixième jour. Dans aucun cas, on ne constate une orchite spécifique évolutive. Malgré l'absence d'une telle orchite, la dispersion tréponémique dans la plupart des tissus électifs s'effectue suivant le rythme habituel de la dissémination provoquée par inoculation du virus sous la peau.

Mise en évidence d'une nouvelle propriété des antigènes glucido-lipidiques : leur pouvoir leucopénisant. — M. A. DELAUNAY. — Des doses toxiques d'antigènes glucido-lipidiques (typhique, colibacillaire, etc...) injectées sous la peau de cobayes entraînent dans les vaisseaux périphériques une baisse très nette dans le nombre des globules blancs en circulation et une mononucléose accentuée.

Le pouvoir leucopénisant de l'antigène glucido-lipidique du bacille d'Éberth et la leucopénie dans la fièvre typhoïde. — M. A. DELAUNAY.

Mécanisme histo-physiologique du déclenchement sécrétoire dans le foie : action de l'hypotonie sur le chondriome et sur l'appareil de Golgi hépatique. — MM. J. TURCHINI et M. MEITÈS.

Les deux phases d'action des décalcifiants sur l'excitabilité neuro-musculaire. — M. P. CHAUCHARD, Mme MAZOUÉ et M. R. LECOQ montrent que l'oxalate ou le citrate de sodium modifient l'excitabilité neuro-musculaire de façon diphasique, la première phase étant liée à l'action décalcifiante, la seconde d'origine alcalosique. Ces recherches conduisent à voir dans l'alcalose la source des changements chronaxiques de la tétanie et à y mieux comprendre le déterminisme des phénomènes.

Le rachitisme dystrophique obtenu par addition de carbonate de strontium aux régimes rachitigènes classiques est-il, comme on le croit, à la fois uvio- et vitamino-résistant ? — MM. R. LECOQ et P. CHAUCHARD et Mme MAZOUÉ apportent la preuve que le rachitisme au strontium est uvio-résistant, mais ne résiste pas à l'action de la vitamine D qui y guérit les lésions osseuses dans le même délai que pour le rachitisme ordinaire. Les troubles chronaxiques d'ordre alcalosique y sont plus résistants, car leur guérison par la vitamine D demande deux fois plus de temps que dans le rachitisme ordinaire. L'acide lactique est également un bon correctif du rachitisme dystrophique.

Modifications de l'électro-encéphalogramme au cours des thromboses expérimentales. — MM. IVAN BERTRAND et J. GODET-GUILLAIN. — Chez des chiens chloralosés ayant reçu des extraits de substance cérébrale, les auteurs ont enregistré simultanément les électro-encéphalogrammes frontaux et occipitaux, ainsi que l'électrocardiogramme. Après l'injection thromboplastique, l'électro-encéphalogramme présente dans un délai de quelques secondes des potentiels très élevés et constituant de grandes ondes lentes ou des secousses rapides. Quelques minutes après le choc, l'amplitude des potentiels diminue considérablement, en même temps que le tracé s'épure par la disparition des ondes. L'aspect linéaire du tracé laisse prévoir une mort imminente. Des différences régionales de l'électro-encéphalogramme résultent d'une réaction distincte vis-à-vis du processus thromboplastique des territoires vasculaires carotidiens et vertébraux.

Étude comparative de l'ascorbémie et de l'ascorburie au cours des épreuves de saturation. — MM. H. GOUNELLE, Y. RAOUL, A. VALLETTE et J. MARCHE. — Une ascorbémie inférieure à 4 milligrammes p. 1 000 implique un déficit ; égale ou supérieure à 12 milligrammes p. 1 000, un taux de saturation.

Teneur du sang en vitamines A, P-P et C au cours de l'insuffisance fonctionnelle du foie. — MM. H. GOUNELLE et J. MARCHE. — Cette étude témoigne d'un net décalage vers le bas des taux sanguins des vitamines A, P-P et C au cours de l'insuffisance fonctionnelle du foie.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Edouard Imbeaux (de Nancy), décédé à Hyères. Nos condoléances attristées.

FIANÇAILLES. — Mlle G. Lepoutre, fille de M. le professeur Lepoutre, doyen de la Faculté libre de médecine de Lille, et M. E. t'Kint. — Le Dr Léon Berche (de Lens), et Mlle N. Renard.

MARIAGES. — Le Dr H. Plouvier avec Mlle M. Chauvière. — Le Dr Guy Offret, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris, avec Mlle M. Philbert, étudiante en médecine.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme A. Wigniolle font part de la naissance de leurs filles, Anne et Edith. — Le Dr et Mme Jean Godfroy font part de la naissance de leur fils, Jean-Paul.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — Mme le Dr Vergoz a été chargée, à titre temporaire, au maximum pour la durée des hostilités, des

fonctions de médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Haute-Vienne.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE LILLE. — La Commission administrative des hospices civils de Lille fait connaître que les prochains concours d'internat et d'externat des hôpitaux de Lille auront lieu comme suit:

Médaille d'or. — (*Services de la Faculté de l'Etat*) : le lundi 4 octobre 1943, à l'Administration centrale des hospices, 41, rue de la Barre.

Internat (*Services de la Faculté de l'Etat*) : le lundi 11 octobre 1943, à l'hôpital de la Charité.

Externat (*Services de la Faculté de l'Etat*) : le lundi 18 octobre 1943, à l'Institution Stappaert.

Internat (*Services de la Faculté libre*) : le jeudi 14 octobre 1943, à l'hôpital de la Charité.

Externat (*Services de la Faculté libre*) : le jeudi 21 octobre 1943, à l'hôpital de la Charité.

Pour tous renseignements relatifs au nombre de places mises au concours, aux conditions d'inscription, etc., s'adresser à l'Administration centrale des hospices civils, 41, rue de la Barre, à Lille, en semaine (sauf samedi), de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 16 heures, et le samedi matin.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — M. le Dr Mans est nommé en qualité de médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

M. le Dr Borel est nommé médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Lannemezan.

Mme le Dr André est nommée médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne).

M. le Dr Duchêne est nommé médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Cadillac (Gironde).

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre des médecins. — Conseil national de l'Ordre. — M. le professeur Portes est désigné comme président du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Conseil supérieur de l'Ordre. — Le secrétaire général communique :

1° La convention conclue avec la K. V. D., le 14 décembre 1940, sera désormais applicable à tous les ouvriers français auprès des Caisses-maladie allemandes ainsi qu'à leurs familles, et cela sur toute l'étendue du territoire français.

2° Cette convention couvre également les suites des accidents du travail survenus en Allemagne chez les ouvriers français assurés aux Caisses-maladie allemandes.

3° Le tarif forfaitaire est relevé de 6 marks 50 à 8 marks 50 à dater du 1er juillet 1943.

Le chef de la K. V. D., le Dr Grote, et son collaborateur à Paris, le Dr Pétersille, ont fait remarquer que ce relèvement n'a pu être obtenu que par la compression des sommes forfaitaires versées en Allemagne aux médecins traitants. Ils ont néanmoins consenti à ce relèvement dans un esprit de courtoisie et de large compréhension à l'égard des intérêts du Corps médical français, dont ils ont pu, au cours de ces années précédentes, apprécier les services.

NOUVELLES DIVERSES

Centre national de répartition de l'insuline. — Article premier. — Il est institué au secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille un centre national de répartition de l'insuline.

Art. 2. — Cet organisme est chargé d'opérer, en liaison avec le Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques, la répartition de l'insuline entre les différents centres régionaux créés par arrêté du 7 mai 1942.

Il tiendra compte, pour ce faire, des disponibilités de la production et des stocks ainsi que des besoins signalés par les centres régionaux.

Art. 3. — Le Centre national fixe au début de chaque mois le contingent maximum d'insuline attribué pour le mois en cours à chaque centre régional d'après les renseignements qui lui auront été communiqués relativement aux besoins et aux disponibilités de ce produit pendant le mois précédent.

Art. 4. — Le Comité de direction du Centre national de répartition de l'insuline comprendra :

Deux directeurs de centres régionaux de répartition de l'insuline, désignés par le ministre, dont l'un sera chargé des fonctions de président ;

Un représentant du Comité d'organisation pour l'industrie et le commerce des produits pharmaceutiques ;

Un représentant des fabricants d'insuline ;

Le chef du bureau chargé des questions relatives à l'insuline.

Art. 5. — Les dispositions de l'arrêté du 7 mai 1942, contraires à celles du présent arrêté, sont abrogées.

Il n'est par contre dérogé en rien aux dispositions relatives à la répartition de l'insuline entre les consommateurs par les centres régionaux, non plus qu'à celles confiant aux directeurs régionaux de la santé et de l'assistance la surveillance de la consommation de ce produit dans les services hospitaliers publics.

Par arrêté en date du 10 juillet 1943, sont nommés membres du Comité de direction du centre national de répartition de l'insuline :

M. le professeur agrégé Boulin, directeur du Centre régional de répartition de l'insuline de Paris, président ;

M. le professeur Aubertin, directeur du Centre régional de répartition de l'insuline de Bordeaux ;

M. André Comar, représentant du Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques ;

M. de Balincourt, représentant des fabricants d'insuline.

REVUE DES LIVRES

Indications chirurgicales en pratique courante, par Raymond Dieulafé. (*Librairie J.-B. Baillière et Fils, éditeurs.*)

R. Dieulafé nous offre dans une plaquette fort dense les indications chirurgicales en pratique courante.

L'idée est neuve et excellente. La réalisation est très heureuse. Nul doute que chacun y trouve ce qu'il cherche : le praticien, une ligne de conduite ; le chirurgien, un résumé de pratique journalière ; le candidat aux concours, un plan méthodique et l'exposé ici complet, ailleurs volontairement télégraphique, d'une « question ».

On regrette une table des matières. Mais cette absence conduit le lecteur, pour son grand bien, à ne pas choisir un chapitre et à les lire tous. R. C.

Dictionnaire des constantes biologiques, par M. Fourestier et B.-M. de Fossey. Un volume de 230 pages cartonné. (*Maloine,* Paris-Montpellier, 1943.)

Ce petit dictionnaire, de format réduit, véritable *livre de poche,* condense sous un volume minime le plus grand nombre des constantes biologiques actuellement connues. C'est dire l'aide-mémoire précieux qu'il constituera aussi bien pour l'étudiant que pour le praticien ; il est appelé à tirer le médecin d'embarras en face d'analyses biologiques où se pressent souvent chiffres, formules et rapports plus ou moins compliqués, que trop souvent le malade, incomplètement renseigné par un ouvrage de vulgarisation médicale, étudie et interprète à tort et à travers.

Sans doute, comme le fait si bien remarquer le professeur Noël Fiessinger dans sa préface, cet ouvrage est-il quelque peu schématique quand, à la suite d'une flèche orientée vers le haut ou vers le bas, les auteurs énumèrent les maladies où les chiffres normaux augmentent ou diminuent : « Entre le normal et le pathologique, il y a place pour l'anormal sans maladie évolutive... anormal fugace, variable, inconstant... » Mais c'est à la clinique d'apprécier « la perspective des anomalies biologiques ».

En réalité ce livre est non un dictionnaire, mais un ensemble de dictionnaires, car il comprend encore quelques notions de séméiologie élémentaire et de diététique, une étude rapide, mais précise et très actuelle, des vitamines et des hormones, un chapitre des plus précieux de pharmacologie pondérale, une courte énumération de stations hydrominérales avec la composition et les indications de leurs eaux. Un essai de synthèse des tempéraments basé sur les constantes morpho-physio-pathologiques nous a paru cependant faire ressortir que l'infinie variété des faits cliniques échappe à une schématisation trop poussée et que la médecine déborde du cadre trop étroit où d'aussi petits ouvrages voudraient l'enfermer.

Il n'en reste pas moins que MM. M. Fourestier et B.-M. de Fossey ont écrit un livre des plus précieux qui est assuré d'un prodigieux succès ; ils ont réalisé un véritable tour de force en condensant sous une forme aussi réduite des renseignements aussi nombreux et aussi utiles.

F.-P. Merklen.

VARIÉTÉS

LE MÉTROPOLITAIN

De tous les maux que nous avons à supporter actuellement — et Dieu sait s'il y en a — le métro n'est pas le moindre.

Ce métro, qui est né « étriqué », comme tout ce qu'on construit dans notre pays économe, admirateur du passé et peu confiant dans l'avenir, est devenu maintenant aussi inconfortable que possible. Qu'un homme intelligent comme M. Thiers n'ait pas prévu le développement du chemin de fer, passe encore ! A l'époque des diligences, une pareille erreur est excusable. Mais qu'à la fin du XIXe siècle les ingénieurs chargés de la construction du métropolitain parisien l'aient fait si étroit, si dépourvu de dégagements, voilà qui passe l'entendement. Si les lignes récentes ont moins de défauts, elles en ont encore trop, et c'est ce qui explique l'effroyable bousculade, l'horrible atmosphère que doivent subir les usagers du métro.

Je sais bien que, dans les conditions où nous sommes depuis trois ans et pour longtemps encore, le transport par le métro est à peu près le seul utilisable ; je sais aussi que, certaines stations étant fermées en vue d'économiser l'électricité, d'autres sont surchargées de voyageurs et exposées à des encombrements désolants. Mais voyez, par exemple, la station Marbeuf — pour ne prendre que celle-là — entre 6 heures et 7 heures du soir, et dites-moi si ce n'est pas un scandale. Je reste persuadé que, si l'on agrandissait les stations trop étroites, si l'on dégageait les couloirs d'accès, si l'on faisait une aération plus efficace des gares et surtout des wagons, on améliorerait la situation pénible dans laquelle se trouvent les usagers.

Mais ceux-ci n'ont jamais trouvé dans une presse servile le concours qu'ils espéraient, et l'hygiène publique, si elle est théoriquement en honneur en France, reste en pratique totalement négligée.

Entrée dans les stations. — Entrons donc dans une station du métro.

Une première anomalie choquante se présente dès l'abord dans certaines stations, — et non des moindres, — à Villiers, par exemple. Une pancarte vous invite à *entrer à gauche*. Pourquoi à gauche ? Cela ne devrait pas être : on répète depuis un temps infini au Français — toujours indiscipliné et frondeur — qu'il doit tenir sa droite, — ce qui se fait du reste dans tous les pays d'Europe. Et, là, vous êtes invité par l'administration à entrer à gauche ! Est-ce parce que les ingénieurs, souvent dépourvus d'esprit pratique, ont placé le guichet des billets juste devant la descente des marches, à gauche ? Mais, comme beaucoup de gens ont leurs billets d'avance et n'ont pas besoin de passer devant le guichet, vous devinez les heurts perpétuels entre les sortants et les entrants du métro.

Autre disposition fâcheuse accroissant, comme la précédente, la bousculade. A la station Réaumur-Sébastopol, par exemple, si, quittant la ligne Levallois-Les Lilas, vous voulez prendre la ligne de la Porte d'Orléans, vous arrivez sur un quai rétréci sur une grande longueur par des escaliers et vous ne pouvez plus avancer, vous restez écrasé par la foule dans un espace restreint, sans pouvoir gagner l'arrière du train.

Je passe sur l'*insuffisante signalisation* des lignes de métro dans les couloirs des stations à croisement, Concorde, République, etc., où des pancartes indiquent seulement les stations ultimes sans mentionner les stations intermédiaires importantes où les voyageurs veulent se rendre.

Je n'insiste pas sur la *désignation défectueuse* des stations : il est cependant assez ridicule d'avoir donné le même nom de Marcadet à deux stations appartenant à des lignes différentes, très éloignées l'une de l'autre, Marcadet-Balagny et Marcadet-Poissonniers. C'est une source constante d'erreurs pour beaucoup de gens peu attentifs, qui sont aussi les moins fortunés.

Stations du métro. — 1° *Le sol.* — Ces stations sont sales, elles sont balayées rarement et à sec, car on ne peut appeler lavage les quelques gouttes d'eau dont un employé « bénit » le sol à de rares intervalles. Aussi ce sol est-il constamment malpropre, gluant, enduit d'une mince couche de boue glissante.

2° *Les bancs.* — Les bancs, peu confortables, sont malpropres, eux aussi. La Compagnie compte sur les voyageurs pour les nettoyer en s'asseyant dessus. Je reconnais que les voyageurs sont parfois coupables — surtout depuis la guerre — en déposant sur ces bancs des colis plus ou moins propres ; mais j'ai vu à maintes reprises les afficheurs — le métro n'a garde de négliger cette publicité rémunératrice — monter sur les bancs pour coller leurs affiches et les souiller du trop-plein de leurs pinceaux.

3° *L'aération.* — Les *stations* du métro ne sont pas aérées, tout comme son tunnel. Quelques stations reçoivent une aération spéciale, Malesherbes, Wagram, qui n'en auraient pas besoin.

Wagons. — Mais que dire des *wagons* ? C'est là qu'avec l'affluence actuelle des voyageurs règne une *odeur nauséabonde*. On me dira que cela tient beaucoup à la malpropreté des gens : d'accord ! Trop souvent l'ouvrier français aime mieux aller au cinéma que tenir son corps propre, et les patrons n'ont pas toujours fait ce qui convenait pour l'hygiène de leurs employés. D'autre part, le bon savon manque ; enfin, on transporte en métro une foule de denrées malodorantes qui étaient autrefois livrées en auto, du poisson par exemple.

Mais, si l'aération des wagons était faite plus largement, l'odorat subirait une moins pénible épreuve. Or que voit-on dans les wagons du métro ? Des vitres qu'on ne peut ouvrir que sur une hauteur minime absolument insuffisante. Dans tel train de la ligne Porte de Clignancourt-Porte d'Orléans qui dessert les Halles, *j'ai vu des wagons dont les fenêtres restaient fermées pendant tout le trajet.*

Un jour, où j'ai voulu ouvrir une vitre, je n'ai pas pu, peut-être parce que j'étais placé obliquement, mais peut-être aussi parce qu'elle ne pouvait pas s'ouvrir. Cela arrive, et les vitres sont toujours très dures à abaisser.

Les vitres des extrémités dans chaque wagon, celles qui auraient le plus besoin d'être baissées pour l'aération, sont fixes.

On m'objectera que le Français craint l'air, mais je n'en crois rien. Il craint seulement le « courant d'air », et c'est à nos « savants » ingénieurs à aérer leurs wagons suffisamment par en haut, comme cela se fait dans beaucoup d'autres pays.

Quand, après un trajet plus ou moins long dans cet air empesté et étouffant, vous voulez sortir, vous trouvez la porte obstruée par des gens qui restent plantés devant, de la tête de ligne à la station terminus. Beaucoup de battants de porte sont très durs à écarter et s'ouvrent insuffisamment.

Voilà, me semble-t-il, une série de défauts auxquels il serait possible et même facile — pour certains — de remédier rapidement ; les voyageurs en seraient reconnaissants à la Compagnie du Métropolitain, qui semble jusqu'alors se soucier peu de leur confort.

Ceci dit, je fais très volontiers la part dans la bousculade actuelle du métro de l'indiscipline foncière des usagers, les mêmes qui ne tiennent pas leur droite dans la rue et qui veulent toujours entrer au métro par la sortie, ceux qui jettent toujours leurs billets sur le sol au lieu de les jeter dans les boîtes spéciales, ceux qui font la conversation devant l'escalier de descente au quai comme s'ils étaient dans leur bureau, les dames qui fouillent indéfiniment dans leur sac pour chercher leur billet au moment de le faire timbrer, etc., etc.

ALBERT MOUCHET.

LOI N° 1073 DU 31 DÉCEMBRE 1942 RELATIVE A LA PROPHYLAXIE ET A LA LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES

Nous, Maréchal de France, chef de l'État français,

Le Conseil des ministres entendu,

Décrétons :

ARTICLE PREMIER. — On entend par maladie vénérienne, pour l'application de la présente loi : la syphilis, la gonococcie, la chancrelle et la maladie de Nicolas-Favre.

ART. 2. — Toute personne atteinte d'accidents vénériens contagieux doit obligatoirement se faire examiner et traiter par un médecin jusqu'à disparition de la contagiosité.

ART. 3. — Toute femme enceinte susceptible de transmettre héréditairement la syphilis soit directement, soit du fait d'une syphilis reconnue du procréateur, est astreinte à la même obligation.

Les conditions du présent article seront déterminées par décret.

ART. 4. — Tout médecin, lorsqu'il diagnostique ou traite une maladie vénérienne contagieuse ou susceptible de le devenir, doit avertir le patient :

1° Du genre de maladie dont il est atteint ;

2° Des dangers de contamination qui résultent de cette maladie ;

3° Des devoirs que lui impose la présente loi, notamment l'article 2.

S'il s'agit d'un mineur ou de tout autre incapable, l'avertissement sera donné, au jugement du médecin, soit à l'intéressé, soit aux parents ou au tiers responsable.

ART. 5. — La déclaration des maladies vénériennes est obligatoire et, suivant les cas précisés aux articles suivants, se fait sous forme de déclaration simple ou de déclaration nominale.

La déclaration simple comporte le diagnostic sans mention du nom du malade.

La déclaration nominale comporte à la fois le diagnostic et le nom du malade.

Ces déclarations sont faites à l'autorité sanitaire par le médecin, dans des conditions fixées par décret.

ART. 6. — Est obligatoire la déclaration simple de tout cas de maladie vénérienne en période contagieuse, qu'il s'agisse d'accidents diagnostiqués pour la première fois ou d'un cas de maladie vénérienne déjà déclaré par un autre médecin, ou enfin de la récidive contagieuse d'une maladie ayant déjà fait antérieurement l'objet d'une déclaration simple.

ART. 7. — La déclaration nominale des maladies vénériennes en période contagieuse est obligatoire lorsque :

1° Le malade se refuse à commencer ou à poursuivre le traitement ;

2° Le malade s'adonne à la prostitution.

En outre, le médecin devra effectuer cette déclaration nominale s'il estime que, par sa profession ou son genre de vie, le malade fait courir à un ou plusieurs tiers un risque grave de transmission de maladie vénérienne.

Toutes les fois que le médecin qui fait la déclaration nominale estime nécessaire l'hospitalisation d'urgence prévue aux articles 10 et 11 de la présente loi, il doit le mentionner sur cette déclaration. L'hospitalisation est obligatoire pour les prostituées.

ART. 8. — Pour faciliter le dépistage et le traitement des agents de contamination, tout médecin, lorsqu'il diagnostique un nouveau cas de maladie vénérienne, doit s'efforcer d'obtenir du malade tous renseignements permettant de retrouver la personne contaminatrice et d'apprécier le danger qu'elle peut ou a pu faire courir à des tiers.

Si le médecin a pu examiner lui-même la personne présumée contaminatrice et s'il a pu l'amener à se faire traiter, il préviendra simplement l'autorité sanitaire que l'agent de contamination, qu'il ne nommera pas, a été dépisté et mis en traitement.

S'il ne peut l'examiner lui-même ou si, l'ayant reconnue malade, il n'a pu l'amener à se faire traiter, il transmettra dans les vingt-quatre heures à l'autorité sanitaire tous renseignements nécessaires pour permettre à celle-ci de faire rechercher, examiner et traiter la personne suspectée ; le médecin est tenu, dans ce cas, de désigner nominativement la personne que le malade lui aura indiquée comme contaminatrice probable.

ART. 9. — Tout malade qui, en période contagieuse, se refuse à commencer ou à poursuivre le traitement, et dont le nom aura été signalé à l'autorité sanitaire par application du paragraphe 1er de l'article 7, recevra de ladite autorité un avertissement lui enjoignant d'avoir à se faire traiter immédiatement et régulièrement, et d'en faire la preuve.

Cette preuve sera fournie par la présentation de certificats médicaux à l'autorité sanitaire, aux dates fixées par celle-ci.

Si le malade ne fournit pas cette preuve de traitement immédiat et régulier, il sera hospitalisé d'office suivant les modalités prévues aux articles 11 et 12.

ART. 10. — Tout malade dont le nom aura été signalé à l'autorité sanitaire, par application du quatrième alinéa de l'article 7 ci-dessus, recevra de ladite autorité un avertissement lui enjoignant

d'avoir immédiatement et pendant la durée des accidents contagieux à renoncer à l'exercice de sa profession ou au genre de vie qui ont motivé la déclaration nominale de la maladie vénérienne.

L'autorité sanitaire procédera à toute enquête qu'elle jugera utile aux fins de vérifier l'observance par le malade des injonctions reçues. En cas de non-observance, l'hospitalisation d'urgence sera provoquée suivant les modalités prévues aux articles 11 et 12.

Toutefois, à la demande du médecin, ladite hospitalisation d'urgence pourra être provoquée sans que l'autorité sanitaire ait à recourir à l'avertissement prévu au premier alinéa du présent article.

Art. 11. — L'hospitalisation d'urgence sera provoquée par l'autorité sanitaire pour toute personne dont le nom lui aura été déclaré par application du paragraphe 2 de l'article 7.

Art. 12. — Sous réserve de la réglementation en vigueur concernant la prostitution, toute personne hospitalisée d'office par application des articles 10, 11 et 12 de la présente loi entrera à son choix :

Soit à ses frais dans une clinique privée agréée par l'autorité sanitaire ;

Soit aux conditions habituelles dans un hôpital public.

Art. 13. — Toute personne signalée à l'autorité sanitaire par application de l'article 8 sera invitée par ladite autorité à présenter, dans un délai fixé, un certificat médical constatant qu'elle est indemne de tout accident vénérien contagieux.

Si la personne suspectée n'a pas présenté le certificat dans les délais impartis, l'autorité sanitaire devra prendre toutes mesures utiles en vue de la faire examiner par un des médecins agréés ou désignés par elle ou pour la faire hospitaliser d'office.

Si l'autorité sanitaire estime qu'il y a contradiction flagrante entre le certificat fourni par la personne supposée contagieuse et les résultats de l'enquête épidémiologique, elle peut exiger un examen médical par un des médecins agréés ou choisis par elle.

Dans tous les cas où le diagnostic reste douteux, l'autorité sanitaire peut prescrire les examens complémentaires indispensables.

Art. 14. — Tout médecin qui aura négligé de donner au malade les avertissements prévus à l'article 4 sera passible d'une amende de 200 à 1 000 francs.

La même peine est applicable au médecin qui omet de faire les déclarations obligatoires prévues par les articles 5 et suivants.

Art. 15. — Aucune personne hospitalisée d'office en vertu de la présente loi ne pourra quitter l'hôpital ou la clinique, même pour la plus courte absence, qu'avec l'autorisation écrite du médecin chef de service.

Toute infraction aux dispositions du présent article sera passible d'une amende de 200 à 1 000 francs ou d'un emprisonnement de six jours à trois mois.

Art. 16. — Si l'autorité sanitaire juge indispensable de prolonger la surveillance médicale d'un malade hospitalisé d'office par application de la présente loi, elle pourra désigner le dispensaire, le service ou, à défaut, le médecin chargé de cette surveillance, et qui aura à en préciser les modalités.

Faute de s'y soumettre, la personne incriminée sera passible d'une amende de 200 à 500 francs.

Art. 17. — Sera punie d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois et d'une amende de 1 000 à 3 000 francs, ou de l'une de ces peines seulement :

1° Toute femme qui nourrit au sein un enfant autre que le sien alors qu'elle se sait atteinte de la syphilis ;

2° Toute personne qui, sciemment, laisse nourrir au sein un enfant syphilitique dont elle a la garde sans avoir fait avertir la nourrice par un médecin de la maladie dont l'enfant est atteint et des précautions à prendre ;

3° Toute personne qui, sciemment, donne en nourrice un enfant syphilitique sans aviser les nourriciers de la maladie dont l'enfant est atteint.

Art. 18. — Est punie d'une peine d'emprisonnement de huit jours à un mois et d'une amende de 200 à 3 000 francs, ou d'une de ces peines seulement :

1° Toute nourrice qui nourrit un enfant autre que le sien sans être en possession d'un certificat médical délivré immédiatement avant le commencement de l'allaitement et attestant qu'elle ne présente aucun signe clinique ni sérologique de syphilis ;

2° Toute personne qui confie un enfant dont elle a la garde à une nourrice sans s'être assurée que la nourrice est en possession dudit certificat ;

3° Toute personne qui, en dehors des cas de force majeure, laisse nourrir par une autre personne que la mère l'enfant dont elle a la garde sans s'être assurée au préalable, par un certificat médical, qu'il n'existe aucun danger de contamination pour le nourrisson.

Art. 19. — La publication des comptes rendus des débats et des décisions de justice relatifs aux poursuites pénales exercées par application de la présente loi est interdite sous peine d'une amende de 1 000 à 50 000 francs.

Toutefois, la disposition qui précède n'est pas applicable aux extraits de telles décisions publiées dans les journaux et périodiques spécialement destinés à recueillir la jurisprudence des tribunaux ou publiés sous une forme quelconque par les soins de l'autorité sanitaire, à la condition que lesdits extraits ne contiennent aucune mention de nature à révéler l'identité des parties en cause.

Art. 20. — Toute publicité de caractère commercial, sous quelque forme que ce soit, concernant ouvertement ou d'une manière déguisée la prophylaxie et le traitement des maladies vénériennes est interdite, sauf dans les publications exclusivement réservées au corps médical.

Toute infraction sera passible d'une amende de 1 000 à 20 000 fr.

Art. 21. — L'autorité sanitaire compétente pour recevoir les déclarations et prendre les mesures prévues par la présente loi est représentée dans chaque département soit par un médecin inspecteur ou un médecin inspecteur adjoint de la Santé, soit par un docteur en médecine chargé d'un des services antivénériens du département, l'un ou l'autre désignés par le directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

Art. 22. — Les modalités d'application de la présente loi seront fixées par décret.

Art. 23. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à la présente loi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juillet 1943.

Rapports. — 1° Au nom de la Commission des Eaux minérales, sur une demande en autorisation ; 2° au sujet d'un projet de décret sur la prescription et la délivrance des médicaments du Tableau B. — M. Fabre.

Rapport au nom de la Commission des Sérums sur une demande en autorisation. — M. Brocq-Rousseu.

L'organisation sanitaire contre les bombardements aériens. — M. Tanon présente une note de M. Siméon qui, s'inspirant de l'expérience des bombardements, étudie les problèmes qu'ont à résoudre les sauveteurs, en particulier ceux du service sanitaire, au milieu des difficultés accumulées.

Le personnel médical, constitué par les médecins de la ville, aidés par les infirmiers, infirmières et brancardiers, aura des cas d'urgence à traiter et ne devra pas perdre de vue que du facteur temps dépend souvent la vie d'un blessé grave. Deux équipes, l'une de pansement, l'autre de secours, doivent être à sa disposition. Ils doivent connaître les effets des gaz.

Il donne un plan d'un poste de secours, avec la disposition des lits, superposés pour utiliser au maximum la place, et indique le matériel qui doit y être maintenu et entreposé.

Le haricot éclaté. — M. Lesné présente une note de M. R. Jacquot et de Mlle Madeleine Rousier, relative à un nouveau mode de présentation des légumineuses. Il s'agit du haricot éclaté à l'autoclave, puis séché. L'expérimentation sur le rat blanc montre aux auteurs que les légumineuses éclatées ont une valeur alimentaire remarquable et sont d'une digestibilité très grande.

Appoint alimentaire aux enfants en état de dénutrition. — M. Chouard a constaté que des enfants ne recevant chez eux que les insuffisantes rations réglementaires, mais recevant à la cantine scolaire un supplément de calories, même léger, reprennent du poids d'une façon notable. Cette constatation ne vaut que pour les enfants bien portants et non pour ceux, trop nombreux, dont l'unique nourriture est celle de la cantine.

Recherches sur les protéides sanguins à l'état normal et à l'état pathologique. — M. H. Bierry étudie, dans le sérum et dans le plasma, deux englobulines renfermant un complexe glucidique :

L'*euglobuline I*, qui contient un important groupe hydrocarboné ;

L'euglobuline II ou *euglobuline gélifiable*, dont la teneur en sucre protéidique est moins élevée.

Ces deux protéides sont des activateurs de la coagulation sanguine et subissent de grosses variations au cours des états pathologiques. (Note présentée par M. Binet.)

L'utilisation parentérale des eaux sulfurées sodiques d'Ax-les-Thermes. — M. F. Caujolle. — Après isotonisation au chlorure de sodium ou au glucose, les eaux sulfurées sodiques d'Ax-les-Thermes sont utilisables en injections sous-cutanées ou intraveineuses à doses comprises entre 10 et 50 centimètres cubes par injection. L'originalité de la méthode consiste à réaliser l'isotonisation aseptiquement et à permettre d'injecter de l'eau au griffon de la source.

L'injection renforce les effets thérapeutiques des eaux

sulfurées sodiques dans tous les traitements justiciables de leur emploi, en particulier dans le rhumatisme chronique et la sciatique rhumatismale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 9 juillet 1943.

Intoxication par le nitrite de soude. — MM. JANET et J. FOUQUET rapportent l'histoire d'une intoxication collective par le nitrite de soude utilisé par erreur à la place de sel de cuisine. Les cinq personnes de la famille ont été rapidement prises de vertiges, de vomissements, de cyanose avec lividité cadavérique. Trois jeunes enfants étaient dans un état comateux avec collapsus et hypothermie. Une intervention énergique consistant en lavage d'estomac, tonicardiaques, oxygénothérapie, a permis de dissiper tous les symptômes, qui disparurent sans séquelles en vingt-quatre heures. Les auteurs insistent sur ces faits ignorés autrefois et qui semblent se multiplier dangereusement depuis quelques mois. Le nitrite de soude, moyennement toxique, est surtout redoutable chez les jeunes enfants ; son action méthémoglobinisante peut entraîner une mort rapide par asphyxie, comme cela a été observé dans des cas récents.

Agranulocytose mortelle après sulfamidothérapie pour méningite cérébro-spinale. — MM. J. MILHIT, J. FOUQUET et Mlle SAULNIER rapportent l'observation d'une enfant de six ans, atteinte de méningite cérébro-spinale grave et particulièrement sulfamido-résistante, obligeant à donner en dix-huit jours 80 grammes de 1162 F. Quatre jours après l'arrêt du traitement, alors que la méningite est guérie, débute une agranulocytose avec fièvre, érythème, œdème de la face et du cou, puis, enfin, angine nécrotique, cependant que l'état général devient très grave. Le taux des leucocytes tombe à 800 avec 9 p. 100 de polynucléaires. L'examen anatomique montre les lésions typiques de l'agranulocytose. L'origine toxique de ces accidents est indéniable, et il faut incriminer l'importance des doses utilisées et la prolongation excessive du traitement.

Action de l'électro-choc dans un état de mal asthmatique. — MM. J. DÉCOURT, A. PLICHET et R. GORIN ont traité par l'électro-choc un état de mal asthmatique particulièrement rebelle. Chaque séance a été immédiatement suivie d'une rémission complète de la dyspnée, chaque fois plus durable. Le fait présente un intérêt théorique évident, mais les auteurs se gardent de proposer une généralisation de la méthode dont on pourrait craindre des effets fâcheux, l'état asphyxique de l'asthmatique rendant particulièrement impressionnante la phase d'apnée consécutive à l'accès convulsif.

Application à la clinique de la méthode des bilans azotés. — MM. N. FIESSINGER et J. TRÉMOLIÈRES exposent les bases théoriques et expérimentales d'une méthode permettant l'application à la clinique de la méthode des bilans azotés.

Étude du stockage azoté au cours des œdèmes de dénutrition par l'étude de l'excrétion uréique en fonction de l'ingestion protidique. — MM. N. FIESSINGER et J. TRÉMOLIÈRES, utilisant la méthode qu'ils viennent de décrire, l'appliquent à 8 cas d'œdèmes de dénutrition et montrent ainsi : 1° que le temps d'équilibration azotée d'un œdème de carence, autrement dit son pouvoir de stockage azoté, est de quatre à six fois plus grand que la normale, atteignant et dépassant trente jours; 2° que le stockage n'est pas d'emblée maximum. C'est après cinq ou dix jours ou plus que le coefficient de stockage azoté est le plus élevé, comme si le premier apport protidique favorisait le métabolisme ; 3° que le rétablissement du taux de la sérine et de l'N résiduel se fait avant que le malade ne soit équilibré. Les auteurs concluent qu'il y a là un élément de plus en faveur du trouble du métabolisme protidique au cours des œdèmes de dénutrition.

ROGER PLUVINAGE.

Avis. — La séance de rentrée de la Société médicale des hôpitaux aura lieu le vendredi 15 octobre 1943.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 7 juillet 1943.

Tétanos post-abortum. Guérison. — M. BELLANGER. — Rapporteur M. RUDLER. — La guérison fut obtenue par l'hystérectomie et l'emploi de doses massives de sérum associées au rectanol.

L'hystérectomie n'a pas dans le tétanos post-abortum des indications illimitées : dans les formes suraiguës, d'une part ; d'autre part, à partir du troisième jour suivant l'apparition du trismus, elle ne paraît pas indiquée.

Tétanos post-abortum influencé par l'infiltration du ganglion cervical supérieur du sympathique. — MM. Ameline et Jean Bernard. — Il s'agissait d'un tétanos splanchnique dont les troubles respiratoires ont été heureusement influencés par ces infiltrations. On employa ensuite cinq fois la novocaïne intraveineuse et la guérison fut obtenue au bout d'un mois à un mois et demi.

A propos d'un nouveau cas de tétanos post-abortum. Hystérectomie. Guérison. — MM. Chigot et Carillo. — Rapport de M. Moulonguet.

Trois cas de tétanos post-abortum. — MM. Petit-Dutaillis et Guénin ont observé en six mois ces trois cas avec une guérison et deux morts.

Les auteurs pensent que le traitement de base est la sérothérapie avec vaccinothérapie, auxquelles on doit associer, lorsque c'est possible, l'hystérectomie : la voie vaginale semble préférable.

Trois cas de tétanos post-abortum. — MM. Mondor, Léger et Olivier. — Dans ces trois cas, l'hystérectomie associée au traitement médical ne put empêcher l'issue fatale : celle-ci survint vingt-quatre à trente-six heures après l'acte chirurgical.

Trois cas de tétanos post-abortum mortels. — M. Quénu a vu ces trois cas en moins d'un mois. L'hystérectomie lui a paru n'avoir aucune influence : est-elle même toujours indiquée dans ces cas ?

Trois cas mortels de tétanos post-abortum. — MM. Hepp et Padovani.

A propos du tétanos post-abortum. — M. Lenormant insiste sur l'augmentation de fréquence de l'affection.

M. Rouhier souligne l'intérêt de la voie vaginale pour l'hystérectomie dans ces cas.

M. Sylvain Blondin apporte deux nouveaux cas.

M. Petit-Dutaillis retient surtout que l'injection systématique de sérum antitétanique paraît être une précaution indispensable à cause de cette fréquence accrue du tétanos.

L'opération conservatrice dans les grands kystes de la rate : résection en collerette et splénomégalie. — M. Caraven montre l'intérêt de cette intervention conservatrice et en précise la technique.

Un nouveau procédé de butée dans le traitement chirurgical de la luxation récidivante de la mâchoire. — MM. G.-C. Leclerc et Girard. — Rapport de M. Sylvain Blondin.

M. Dufourmentel obtient presque toujours la guérison par section du condyle.

Sarcome du maxillaire neuf ans après injection intraveineuse de mésothorium. — MM. Gricouroff, Dechaume et Baclesse. — M. Roux-Berger, rapporteur, insiste sur l'intérêt de ce cas rapproché de ceux observés en Amérique et souligne les principaux caractères de ces sarcomes qui sont d'apparaître tardivement et après des doses très faibles.

M. Bazy attire l'attention sur la nocivité de ces thérapeutiques.

M. Moulonguet a observé un cas après un traitement au thorium X prolongé.

M. Huc montre combien il serait intéressant de préciser les possibilités de la thérapeutique par le thorium X, qui est le seul recours dans la spondylose rhizomélique.

Présentation d'instruments. — M. Bréchot.

Jacques Michon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 juillet 1943.

Valeur antigène et immunisante de l'anatoxine diphtérique purifiée ou brute additionnée ou non d'une substance adjuvante de l'immunité. Essais comparatifs. — MM. G. Ramon, A. Boivin et R. Richou concluent que l'anatoxine diphtérique purifiée par précipitation à l'acide trichloracétique a une valeur immunisante équivalente à celle de l'anatoxine brute, sous la réserve d'avoir le même titre en unités antigènes de floculation et d'être injectée dans les mêmes conditions.

Les signes chronaxiques des hypervitaminoses. — M. Paul Chauchard constate que l'administration répétée de diverses vitamines (A, B_1, P-P, C, D) en injections sous-cutanées chez le rat détermine des phénomènes

d'hypervitaminose caractéristiques consistant en troubles neuromusculaires latents décelables par chronaximétrie et sous la dépendance de modifications humorales générales de l'organisme.

Les modifications de la courbe d'ascorbémie provoquée dans les hépatites avec insuffisance fonctionnelle du foie. — MM. H. GOUNELLE et J. MARCHE. — L'étude comparative de la courbe d'ascorbémie provoquée après surcharge quotidienne de 0gr,30 d'acide ascorbique chez le sujet normal carencé ou non, et chez les hépatiques, montre, dans tous les cas d'hépatite avec perturbations des épreuves d'exploration fonctionnelle du foie, des modifications très particulières de la courbe qui, au lieu d'être plus ou moins rapidement ascendante jusqu'à un taux de 15 milligrammes et même davantage, ne monte que lentement et prend un aspect en plateau généralement en deçà de 10 milligrammes p. 1 000 de plasma. Ces faits paraissent témoigner d'un trouble net du métabolisme de la vitamine C au cours de l'insuffisance hépatique.

Pouvoir antisulfamide des extraits hépatiques. — MM. JEAN PARAF et JEAN DESBORDES, continuant leur étude du pouvoir antisulfamide, montrent que les extraits hépatiques liquides présentent ce caractère à un assez haut degré. Cela suggère l'idée d'une incompatibilité biologique entre le traitement sulfamidé et l'administration d'extraits hépatiques.

Action sur l'intestin isolé du rat du para-aminobenzoyl-diéthylamino-éthanol (P. A. D.) et de quelques-uns de ses dérivés. — MM. RENÉ HAZARD et CHARLES VAILLE. — Le P. A. D. (dont le chlorhydrate est la novocaïne) diminue le plus souvent le tonus, tandis qu'il augmente à dose faible et diminue à dose forte la contractilité de l'intestin isolé du rat.

Son activité est amoindrie par l'acétylation de la fonction amine primaire et, plus encore, par l'iodométhylation de la fonction amine tertiaire ; elle est supprimée par le blocage simultané des deux fonctions amines.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 1er avril 1943.

Forme algique pure des tumeurs radiculaires. — MM. ALAJOUANINE et THUREL rapportent deux cas de tumeurs radiculaires juxta-médullaires dont la symptomatologie a été exclusivement radiculalgique pendant toute leur évolution (douze ans dans le cas de sciatalgie, cinq ans dans le cas de douleur en demi-ceinture). L'absence de compression médullaire s'explique, dans le premier cas, par la localisation en L_{II} de la tumeur, qui refoulait en haut le cône terminal, et, dans le second cas, par la consistance de la tumeur, qui, molle et kystique, se développait en hauteur sans comprimer la moelle.

Sur les phénomènes méningés au cours des abcès du cerveau. — MM. THIEBAUT et KLEIN, étudiant 60 cas d'abcès cérébraux non traumatiques, insistent sur les caractères particuliers des abcès non otitiques : les réactions méningées aseptiques y sont fréquentes au début, mais passagères. Comme il n'y a pas de cloisonnement méningé, ces abcès doivent être enlevés en bloc, et non drainés comme les abcès otitiques.

Sur un cas d'encéphalomyélite démyélinisante — MM. J. LHERMITTE, M. FAURE-BEAULIEU et Mme C. VOGT-POPP rapportent l'observation d'un malade chez lequel on observait des symptômes cérébelleux, des signes de déficit global cortical, une amyotrophie des membres du type spinal, des paralysies de certains nerfs craniens. Après une longue évolution, l'étude histologique vint montrer que les lésions consistaient en une démyélinisation diffuse de la substance blanche du cerveau et du cervelet commandant la dégénération des voies de projection cortico-spinales. En outre, il existait de grossières lésions des noyaux du facial, du vago-spinal, du noyau dentelé cérébelleux, sans réaction inflammatoire. Il s'agit donc d'une encéphalomyélite démyélinisante du type purement dégénératif.

M. A. THOMAS remarque que, dans les affections d'évolution lente, la signature histologique de l'inflammation peut être difficile à retrouver ; il en est ainsi pour certaines scléroses en plaques.

L'épreuve du cloche-pied vestibulaire. — M. J.-A. Barré montre que, dans le cas de lésion vestibulaire unilatérale, le malade se maintient relativement bien à cloche-pied sur le membre inférieur homolatéral, et ne tombe que lentement. Sur le membre inférieur opposé, il tombe beaucoup plus vite. Cette épreuve est caractéristique des lésions vestibulaires, et plus spécialement des voies vestibulaires centrales.

Angiome vertébral coexistant avec deux tumeurs angiomateuses épidurales. Intervention. Guérison complète. — MM. Georges Guillain, P. Puech et P. Guilly rapportent l'observation d'un malade de dix-huit ans qui présentait tous les signes d'une compression dorsale avec paraplégie complète indolore constituée en trois semaines. Les examens radiographiques ayant montré les signes d'un angiome vertébral, l'intervention fut discutée, car les statistiques opératoires donnent dans ces cas un pourcentage de mortalité de 60 p. 100. Considérant l'inefficacité de tout traitement médical et le jeune âge du malade, l'intervention fut décidée. Elle permit de reconnaître deux vertèbres dorsales angiomateuses et, de plus, la présence de deux tumeurs angiomateuses épidurales qui furent enlevées. La guérison est actuellement complète.

M. Thiébaut rapporte un cas analogue, avec bon résultat maintenu depuis trois ans.

M. Decourt a observé deux cas d'angiomes médullaires avec signes radiculaires sans signes médullaires, mais blocage.

Pour M. Puech, l'allure aiguë du début peut être due à un processus hémorragique, susceptible de régresser.

Paraplégie par mal de Pott staphylococcique. Guérison par laminectomie et sulfamidothérapie locale. — MM. E. Carrot et M. David rapportent l'observation d'un jeune sujet qui présenta, après diverses localisations staphylococciques, une paraplégie liée à une spondylite subaiguë staphylococcique ; après laminectomie et sulfamidothérapie locale, la paraplégie disparut complètement.

Épidurite staphylococcique. — MM. Puech, Cayla, Brun et Desclaux rapportent un cas de syndrome de la queue de cheval déterminé par une épidurite à staphylocoques. La guérison survint après intervention et sulfamidothérapie. Les auteurs énumèrent les divers types de compression médullaire que peut déterminer le staphylocoque.

Deux observations d'hémorragie cérébrale traitée chirurgicalement. — M. Monier-Vinard et Mlle Bournisien rapportent deux cas qui associaient à une hémorragie méningée typique une hémiplégie grave due à une hémorragie intracérébrale concomitante. L'indication opératoire fut donnée par une reprise de la céphalée et de la torpeur vers le dixième jour, avec stase papillaire bilatérale et progressivement croissante. La détersion de l'hématome a amené la guérison complète de l'hémiplégie dans un cas, la récupération motrice partielle de l'autre.

Cataplexie prémonitoire d'encéphalite aiguë mortelle. — M. H. Mallein (Sauveterre-en-Béarn).

Hématome sous-dural après trépano-ponction. — MM. Puech, Buvat et Brun relatent un cas de trépanoponction suivie de l'apparition progressive d'un hématome sous-dural. Il montre qu'il ne faut ponctionner les ventricules qu'après ouverture de la dure-mère si celle-ci n'est pas nettement transparente ; en n'observant pas cette précaution, on risque la blessure d'un vaisseau cortical.

Séance du 6 mai 1943.

Contribution à l'étude du cerveau préfrontal (exposé des travaux du Fonds Charcot). — I. *Partie expérimentale*, par MM. R. Messimy et R.-J. Chevallier. — L'excitation de la zone préfrontale par le courant électrique ne produit aucun effet. C'est une région silencieuse, une zone muette. Telle est la notion classique, qui en fait le siège de processus exclusivement associatifs. Des travaux récents permettent de lui accorder des fonctions surtout inhibitrices, qui affectent principalement le système extrapyramidal, et en particulier les noyaux médians du thalamus.

L'ablation bilatérale des lobes préfrontaux détermine des effets particulièrement nets chez le singe, mais qui ont pu être retrouvés chez le chien, chez le chat, chez le lapin et chez le rat : trouble du comportement, avec exagération des réactions instinctives et de la personnalité affective, hypertonie des muscles de la nuque et du dos, puis de la racine des membres, exagération des réflexes de posture, tendance cataleptique transitoire, parfois coupée de crises d'excitation hystériformes, exagération des réflexes tendineux et surtout des réflexes médians ou axiaux, troubles de l'équilibration et de l'orientation, augmentation de l'activité automatique et stéréotypée, hyperexcitabilité, surtout aux excitations douloureuses, parfois avec secousses cloniques, enfin troubles neurovégétatifs, soit de type sympathicotonique (érection pilo-motrice, dilatation pupillaire, excitabilité générale), soit de type vagotonique (sudation, brusques réactions vaso-motrices, périodes d'apathie), qui peuvent retentir sur les fonctions digestives et sur la nutrition générale.

L'ablation unilatérale d'un lobe préfrontal entraîne des phénomènes du même ordre, plus atténués, avec prédominance contro-latérale de certains symptômes tels que l'exagération des réflexes ou la catalepsie.

II. *Partie clinique.* — M. Messimy fonde son étude sur ses observations personnelles et sur 148 cas de tumeurs frontales opérés par Harvey Cushing. Les symptômes consistent en :

1° Troubles cérébello-vestibulaires, maintenant classiques (Barré, Delmas-Marsallet), qui affectent la station debout, la marche, et dont on peut rapprocher les troubles de l'orientation spatiale ;

2° Troubles du tonus, du type hypertonique, qui peuvent s'associer à du ralentissement des mouvements, à du tremblement, et constituer un syndrome akinéto-hypertonique, de type parkinsonien, parfois associé à un peu de catalepsie ;

3° Crises convulsives, qui affectent souvent le type extrapyramidal ;

4° Exagération des réflexes des membres et surtout des réflexes médians, du type extrapyramidal (Guillain) ;

5° Troubles dans le domaine des nerfs craniens : les troubles olfactifs ou visuels sont, en général, des signes associés de compression ; mais la paralysie faciale du type central est un signe de grande valeur (Cl. Vincent) ;

6° Troubles sensitifs et sensoriels, peu connus et sur lesquels insiste le rapporteur : paresthésies spontanées, hyperalgésie diffuse, avec douleur provoquée à la pression des troncs nerveux et des testicules, photophobie, hyperacousie, hallucinations, dont M. Messimy rapporte trois exemples chez des malades atteints de méningiomes olfactifs ;

7° Troubles du système autonome : troubles sphinctériens, voracité pathologique, aura épigastrique, variations rapides du poids ;

8° Troubles psychiques, qui sont d'une grande fréquence. Les troubles affectifs (euphorie ou dépression ; altération ou perversion des instincts) paraissent primordiaux et conditionnent les troubles intellectuels. Les syndromes psychiatriques des tumeurs préfrontales sont variés et simulent la p. g., la manie, les états schizoïdes ou hystéroïdes, sans doute influencés par l'état antérieur du sujet.

La lobectomie préfrontale a été réalisée par de nombreux neuro-chirurgiens, mais presque toujours unilatérale. G. Rylander a montré récemment, chez de tels opérés, la fréquence des troubles psychiques et affectifs, avec modification du poids et rajeunissement apparent. M. Messimy a pu étudier les signes neurologiques chez 16 opérés dans le service de MM. Guillain, Cl. Vincent et Petit-Dutaillis. Il insiste sur l'exagération des réflexes médians, ainsi que des réflexes paramédians contro-latéraux, sur l' « incontinence émotionnelle » et sur l'hyperalgésie diffuse.

L'importance des troubles psychiques doit faire conclure que la préfrontalectomie ne doit être pratiquée que si elle est indispensable ; ses effets sont d'autant plus fâcheux que les responsabilités sociales du sujet sont plus vastes.

(A suivre.) J. Mouzon.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Léon Gérard (de Paris). — Le Dr Marcel Bassuet (de Paris).

MARIAGE. — Mlle Geneviève Coudray, fille du Dr Jean Coudray, chirurgien de l'hôtel-Dieu de Nogent-le-Rotrou, avec M. Pierre Monot.

NAISSANCES. — Mme et M. Roger Périer, interne des hôpitaux de Paris, font part de la naissance de leur fille, Danièle. — Le Dr et Mme J. Buquet font part de la naissance de leurs filles, Françoise et Jacqueline. — Le Dr et Mme Vinaud font part de la naissance de leur fille, Solange.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Gresy est nommé médecin inspecteur de la Santé des Ardennes.

M. le Dr Alaroze est nommé médecin inspecteur de la Santé des Deux-Sèvres.

M. le Dr Ameur est nommé médecin inspecteur de la Santé des Côtes-du-Nord.

M. le Dr Wolff est nommé médecin inspecteur de la Santé de la Meuse.

M. le Dr Vernus est nommé médecin inspecteur de la Santé du Jura.

Conseil permanent d'hygiène sociale. — M. le professeur Recbou, professeur de clinique d'électricité médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé membre de la 4e section : cancer, du Conseil permanent d'hygiène sociale.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Décret no 1939 du 22 juillet 1943 relatif à la création d'une chaire de technique chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

ARTICLE PREMIER. — Il est créé une chaire de technique chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le nombre des chaires de l'Université de Paris est porté à cent soixante-deux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Hermann, professeur de physiologie, est nommé pour trois ans, à dater du 1er mai 1943, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. le professeur Fruhinsholz est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — Sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite : MM. les professeurs Chevé et Etienne.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — MM. Turiaf et Rambert sont nommés médecins des hôpitaux de Paris.

Concours pour la nomination aux places d'élèves internes en médecine vacantes le 15 avril 1944. — Ce concours comporte également l'attribution des prix à décerner aux élèves externes en médecine, savoir : un prix, un accessit et deux mentions.

La première épreuve écrite du concours aura lieu le jeudi 7 octobre 1943, à 9 heures, à la salle Wagram, 39, avenue Wagram (métro : Etoile ou Ternes).

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de Santé (escalier A, 2e étage), tous les jours, samedis et dimanches exceptés, de 13 à 17 heures, depuis le 1er jusqu'au 13 septembre 1943 inclusivement.

Concours pour la nomination à une place de chirurgien résident de la Fondation Paul-Marmottan, 19, rue d'Armaillé, Paris (17e). — Ce concours sera ouvert le jeudi 4 novembre 1943, à 11 h. 30, à l'Administration centrale (salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria, 2e étage).

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de Santé (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 14 heures à 17 heures, depuis le 11 jusqu'au 20 octobre 1943 inclusivement.

HOTEL-DIEU ET HOSPICES DE BEAUNE. — Un concours sur titres et sur épreuves pour deux postes de médecins assistants, un poste de médecin chef du service de radiologie, un poste d'oto-rhino-laryngologiste aura lieu le 9 novembre 1943. Les candidatures devront être adressées à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 3, place Ernest-Renan, à Dijon.

L'inscription sera close le 15 septembre 1943.

SANATORIUMS PUBLICS. — M. le Dr Varin a été nommé médecin adjoint aux sanatoriums de la Seine, à Hauteville (Ain).

M. le Dr Bezine, médecin adjoint au sanatorium de Pignelin (Nièvre), a été nommé, en la même qualité, au sanatorium de Dreux (Eure-et-Loir).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE. ÉLECTIONS. — MM. Andérodias (de Bordeaux) et Fiolle (de Marseille) sont élus correspondants nationaux dans la deuxième division (chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Ont été promus et nommés dans l'ordre de la Santé publique :

Au grade de chevalier : M. le Dr Boulet (Léon), à Lille ; M. Digabel (Henri), interne à l'hôpital de Lorient ; M. Guillemot (Lucien-Pierre-Louis), interne à l'hôpital de Lorient ; M. le Dr Tabourey (Louis-Joseph), médecin chef du service médico-social des usines Hispano-Suiza.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre des médecins. Conseil du Collège départemental. — Le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins fait connaître au Corps médical du département de la Seine que les médecins exerçant qui ne possèdent pas leur permis de circuler en cas d'alerte peuvent en faire la demande au Secrétariat du Conseil du Collège de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (7e).

Il est entendu que ces laissez-passer ne seront utilisés qu'en cas de nécessité et pour les besoins de la profession.

NOUVELLES DIVERSES

Programme des études de l'A. P. M. — Le Ministère de l'Education nationale vient de communiquer le programme détaillé des études de l'année préparatoire de médecine qui remplace, comme on sait, le P. C. N.

Ce programme comporte trois matières principales : la biologie, la physique, la chimie.

I. — La *biologie* comprend 165 leçons et traite des caractères généraux de la matière vivante, de la cellule chez les animaux et chez l'homme.

A. *Biologie générale* d'abord. Elle se divise en sept parties, dont voici les principales :

a. Biologie physico-chimique, histologique, physiologique de la cellule, nutrition, respiration, division, mouvements ; mort de la cellule (30 leçons).

b. Développement des organismes animaux, sexualité, embryologie, reproduction, croissance (22 leçons).

c. Vie des animaux en état d'équilibre ; étude des appareils, des fonctions, des équilibres, des adaptations relatives avec le milieu extérieur (34 leçons).

d. Microbiologie (10 leçons).

e. Evolution des organismes, hérédité, espèces (15 leçons).

B. *Biologie humaine* ensuite (35 leçons), place de l'homme dans l'échelle des êtres, personnalité humaine, étapes de la vie humaine, agents nocifs ou toxiques, hygiène alimentaire. Introduction à l'étude de la médecine (10 leçons), santé, profession, découvertes médicales.

II. — La *physique* ne comprend que 25 leçons : énergétique, états de la matière, optique, radiations.

III. — La *chimie* comprend enfin 35 leçons : chimie générale, surtout organique, constitution de la matière vivante, substances actives, vitamines et hormones.

Ce programme sera mis en pratique dès la rentrée.

REVUE DES LIVRES

Modifications expérimentales de la différenciation sexuelle des embryons de souris par action des hormones androgènes et œstrogènes (Etude des états d'intersexualité qui en résultent). RAYNAUD (Albert), Thèse doctorat ès sciences, 463 pages, 19 planches, 42 figures. (Actualités scientifiques et industrielles, *Hermann et Cie*, édit., Paris, 1942.)

Trop habitués, hélas ! aux recherches dont on leur distille, par épisodes, les résultats, les biologistes ont rarement la bonne fortune de se voir livrer d'un coup le fruit d'une étude expérimentale aussi bien conduite et fouillée dans ses moindres recoins que celle qu'Albert Raynaud vient de consacrer à l'étude de l'intersexualité chez la souris. Dans un premier travail (*Bull. biol. France et Belgique,* suppl. XXIX, 1942) qui lui servit de point de départ, l'auteur avait rassemblé les notions disséminées çà et là sur la différenciation sexuelle normale de la souris ; il les avait complétées par des recherches personnelles portant plus particulièrement sur les processus d'histogenèse du sinus uro-génital et montrant la grande homogénéité qui règne dans les deux sexes. Dans ce deuxième travail, beaucoup plus important, Raynaud a étudié l'action, par injections à la mère gestante, des hormones androgènes et œstrogènes sur le tractus génital des embryons de souris mâles et femelles. Il a de cette façon obtenu la masculinisation et la féminisation complètes des embryons de sexe opposé, permettant par ces traitements hormonaux l'extériorisation des potentialités communes. Par ailleurs, l'auteur a heureusement empiété sur le plan clinique, se montrant capable par sa dextérité à manier « son clavier hormonal » de reproduire à divers degrés les malformations génitales. Enfin, dans une dernière partie, Raynaud a montré que les structures supplémentaires obtenues par la voie hormonale subsistaient après la naissance. Tout est donc bien mis en lumière dans cette étude, qui permet à l'auteur d'apporter une contribution importante, et qui fera date dans le domaine de l'embryologie aussi bien que dans celui de la physiologie endocrinienne.

Écrit dans un style alerte, abondamment illustré et complété par une bibliographie moderne, cet ouvrage est en tout point digne de ceux sortis de la « maison » à laquelle il appartient : celle de Regaud et Lacassagne.

J.-P. LAVEDAN.

VARIÉTÉS

UN HOMMAGE AU PROFESSEUR MARFAN A LIMA

Une association de médecins péruviens, la *Association Medica Peruana Daniel A. Carrion*, a organisé, le 23 juillet 1942, une séance académique en vue de rendre hommage au professeur Marfan. Elle avait eu la courtoisie d'y inviter le Ministre de France.

Un certain nombre de médecins ont pris successivement la parole au cours de cette séance pour rappeler les mérites du grand pédiatre français. Certains avaient été les élèves du professeur Marfan et ont été visiblement heureux de témoigner des sentiments de reconnaissance qu'ils conservent à leur ancien Maître. Tout en restant sur le terrain scientifique, ils ont saisi cette occasion pour manifester leur sympathie à l'égard de notre pays, dans les jours d'épreuve qu'il traverse.

Le Ministre de France, à la fin de la séance, a remercié les organisateurs de l'hommage qu'ils avaient tenu à rendre au professeur Marfan et, dans sa personne, à la France. C'est par son intermédiaire que l'Académie a connu ce touchant hommage de nos collègues péruviens.

PROPHYLAXIE ET LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES

Décret n° 2130 du 20 Juillet 1943.

Le Chef du Gouvernement,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — L'avertissement prescrit par l'article 4 de la loi du 31 décembre 1942 relative à la prophylaxie et à la lutte contre les maladies vénériennes ;

La déclaration simple prévue à l'article 6 ;

La déclaration nominale prévue à l'article 7 ;

Les renseignements visés par l'article 8 concernant les agents contaminateurs

seront consignés sur des formules dont le modèle est établi par le secrétariat d'État à la Santé et à la Famille.

ART. 2. — Pour l'application de l'article premier du présent décret, les médecins recevront gratuitement des carnets à souches numérotés, dont les feuillets seront également numérotés.

A. — Sur la souche, le médecin inscrira les renseignements suivants : nom, prénoms, date de naissance, adresse, profession et indicatif du malade, date de la remise de l'avis de contagiosité prévu au paragraphe B suivant et date de la reprise éventuelle du traitement.

Le médecin pourra exiger la production d'une pièce d'identité. Dans le cas où l'intéressé ne fournit pas cette justification, mention en sera faite sur la souche et sur la déclaration.

B. — Sur le premier feuillet détachable est imprimé l'avertissement prévu au premier alinéa de l'article premier du présent décret.

Il contient l'essentiel des avertissements à donner au malade conformément à l'article 4 de la loi.

Il sera complété verbalement par toutes explications que le médecin jugera utile de donner au malade.

A la fin de chaque cure thérapeutique, pendant toute la période considérée comme contagieuse, le médecin notera, à la fois sur ce feuillet et sur la souche, la date à laquelle le malade doit obligatoirement reprendre le traitement.

C. — Le deuxième feuillet détachable se compose de deux volets :

1° Le premier volet dûment rempli par le médecin servira, suivant le cas, soit pour la déclaration simple, soit pour la déclaration nominale ;

2° Sur le deuxième volet ou *Bulletin de renseignements épidémiologiques* seront consignés les renseignements prévus à l'article 8 de la loi concernant l'identification des personnes présumées sources de contamination.

Ce deuxième feuillet détachable sera sans délai remis ou adressé en franchise à l'autorité sanitaire et portera la mention « Confidentiel : ne peut être ouvert que par un médecin ».

ART. 3. — Lorsque le malade atteint d'accidents vénériens contagieux refuse de se laisser traiter, la déclaration nominale prévue à l'article 7 de la loi devra être faite dans un délai de quarante-huit heures lorsque le malade habite la même localité que le médecin consulté ; dans un délai de cinq jours lorsque le malade habite une autre localité, à moins qu'il ne fournisse au médecin la preuve, prévue au troisième alinéa du présent article, qu'il a changé de conseiller médical.

Tout sujet atteint d'accidents vénériens contagieux qui, sans donner de raisons valables, ne commence pas le traitement ordonné ou l'interrompt en cours de cure, ou ne le reprend pas à la date indiquée sur la souche et le premier feuillet, sera considéré comme refusant de se faire traiter et devra faire l'objet d'une déclaration nominale. Suivant l'urgence du traitement et le degré de contagiosité, la déclaration nominale sera faite huit à quinze jours après la date de la consultation fixée par le médecin et à laquelle le malade s'est dérobé. Le médecin fera si possible un rappel au malade avant de procéder à cette déclaration nominale.

Pour éviter les déclarations nominales abusives, le médecin appelé à traiter un malade vénérien contagieux doit lui demander s'il ne vient pas d'interrompre le traitement commencé chez un autre médecin. Dans l'affirmative, il remettra au patient une lettre que celui-ci enverra au médecin précédemment consulté pour l'aviser du changement de conseiller médical.

Si l'affection vénérienne est reconnue par un médecin consultant, celui-ci se mettra immédiatement en rapport avec le médecin traitant choisi par le malade ; le médecin traitant se conformera aux dispositions prévues à l'article 2 du présent décret. Si le malade ne se présente pas au médecin traitant avisé par le médecin consultant, le médecin traitant se conformera aux dispositions prévues au deuxième alinéa de l'article 3.

ART. 4. — Des assistantes sociales spécialement déléguées à cet effet par l'autorité sanitaire remettront aux intéressés :

Soit l'un des avertissements prévus par les articles 9 et 10 de la loi ;

Soit l'invitation à présenter le certificat médical prévu à l'article 13 de la loi ;

Soit l'avis d'avoir à subir les examens médicaux prévus au même article.

Les notifications visées ci-dessus seront remises aux intéressés hors de la présence des tiers ; les assistantes sociales devront appuyer verbalement cette remise de commentaires destinés à souligner le caractère social des mesures prescrites.

Lorsque la personne intéressée se dérobe à tout entretien avec l'assistante sociale, les injonctions de l'autorité sanitaire lui seront adressées par carte-lettre recommandée avec avis de réception conforme au modèle établi par l'administration des postes. La partie extérieure de cette carte-lettre ne devra contenir d'autre mention que les nom et adresse du destinataire.

La vérification prévue par l'article 10 (2e alinéa) de la loi au sujet de l'observance par le malade des prescriptions qui lui ont été faites sera assurée par les soins d'assistantes sociales.

ART. 5. — Lorsqu'en application du dernier alinéa de l'article 13 de la loi l'autorité sanitaire jugera devoir prescrire des examens complémentaires, elle le fera autant que possible d'accord avec le médecin traitant et sans toutefois que les mesures de prophylaxie puissent s'en trouver retardées ou entravées.

ART. 6. — L'ordre d'avoir à se soumettre à l'hospitalisation d'office, par application des articles 9, 10 et 11 de la loi, sera notifié à la personne intéressée dans les formes prescrites à l'article 5 du présent décret.

Si, vingt-quatre heures après la remise de l'injonction par l'assistante sociale ou la réception de la carte-lettre recommandée prévue à l'article 6 du présent décret, le malade n'a pas obéi à l'ordre d'hospitalisation, le préfet, sur proposition de l'autorité sanitaire, ordonnera l'hospitalisation d'office par application de l'article 11 de la loi.

ART. 7. — Les hôpitaux et hospices publics sont tenus de recevoir les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 9, 10, 11 et 12 de la loi.

ART. 8. — Les déclarations et les renseignements épidémiologiques seront adressés à l'autorité sanitaire de la résidence du médecin déclarant.

Si la personne signalée habite en dehors du ressort de ladite autorité, cette dernière devra, de toute urgence,

transmettre les renseignements à l'autorité sanitaire compétente.

ART. 9. — Le préfet établira, sur proposition du directeur régional de la Santé, après avis du médecin consultant de vénéréologie :

1° La liste des médecins agréés habilités à pratiquer les examens prescrits par les deuxième et troisième alinéas de l'article 43 de la loi, ou chargés de la surveillance prévue à l'article 16 ;

2° La liste des hôpitaux publics et des cliniques privées agréées en vue de l'hospitalisation d'urgence et d'office ;

3° La liste des dispensaires ou services éventuellement chargés de la surveillance des vénériens contagieux prévue à l'article 16 de la loi.

Ne peuvent figurer sur les listes visées ci-dessus que les hôpitaux, cliniques et dispensaires dont l'installation et le fonctionnement donnent toute garantie en vue de la surveillance à exercer pour l'application de la loi du 31 décembre 1942 et du présent décret.

ART. 10. — A défaut de médecins agréés, des médecins désignés par l'autorité sanitaire après avis du médecin consultant de vénéréologie pourront être appelés à pratiquer les examens visés à l'article 9 ci-dessus ou à exercer la surveillance prévue à l'article 16 de la loi.

ART. 11. — Toute personne soumise à la surveillance prévue aux articles 10 et 16 de la loi devra, en cas de changement d'adresse, en aviser l'autorité sanitaire. S'il y a lieu, celle-ci transmettra les renseignements concernant la personne intéressée à la nouvelle autorité sanitaire compétente, pour la mettre en mesure de continuer la surveillance sanitaire.

ART. 12. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent décret.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juillet 1943.

Notice. — M. PIERRE MOCQUOT lit une excellente notice nécrologique consacrée au professeur FRANCESCO DOMINGUEZ (de La Havane), associé étranger.

Tuberculoses chirurgicales. — M. RICHARD, dans une note présentée par M. BEZANÇON, étudie la place des tuberculoses chirurgicales et des tuberculoses mixtes dans l'organisation sociale et technique du traitement de la tuberculose. L'auteur fait remarquer que les tuberculoses chirurgicales sont en augmentation. Avant la guerre, il existait de nombreux centres thérapeutiques aujourd'hui disparus. Si nous possédons le magnifique centre de l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches, nous sommes aussi obligés de constater que la question climatique, très importante, reste malheureusement en suspens. L'auteur insiste en terminant sur l'importance de la réadaptation dans les tuberculoses chirurgicales.

Une épidémie de fièvre thyphoïde dans les Bouches-du-Rhône. — M. LEMIERRE apporte une note de M. VIOLLE qui montre à quels dangers s'exposent les riverains des canaux d'arrosage (il s'agissait d'un canal en dérivation de la Durance) en utilisant ces eaux comme eau de boisson.

L'auteur insiste pour que soient exécutées toutes les mesures que la loi impose aux communes.

Lorsque les eaux ne peuvent être filtrées et javellisées correctement, il faut penser au plus pressé et chlorer toutes les eaux destinées à l'alimentation. Cette dernière méthode est la moins onéreuse de toutes.

En terminant, M. Violle déclare que la mesure essentielle primordiale à prendre dans un pays où la maladie sévit à l'état endémique, et c'est le cas dans la région méditerranéenne, est la vaccination antityphoïdique. Les deux conclusions de M. Violle ont reçu l'approbation unanime de l'Académie.

Dystrophies héréditaires. — M. D'HEUCQUEVILLE

(Voir suite page III.)

apporte une explication mendélienne des dystrophies héréditaires (hérédo-alcoolisme, hérédo-syphilis, hérédo-tuberculose, etc.). Il en tire des conclusions pratiques.

Autres communications. — Le programme de cette dernière séance comportait un certain nombre de communications.

Mécanisme de la mort subite provoquée par la strophantine. Action empêchante de l'atropine. — M. DANIELOPOLU.

Étude d'un microsporum parasite de l'enfant. — MM. A. et R. SARTORY et P. ANSELM.

Études sur le poids, la taille et le périmètre thoracique des adolescents. — M. GUILLAUME. (Présentation faite par M. BALTHAZARD.)

Prophylaxie de la tuberculose pulmonaire dans un camp d'officiers prisonniers. — M. BIDOU. (Présentation faite par M. RIST.)

Transfusion sanguine et bombardements aériens. — MM. RINGENBACH et MANDILLON.

La rareté actuelle de la néphrite scarlatineuse. — M. BRELET.

Le traitement des plaies par les plaques d'aluminium correspond à une auto-oxygénothérapie locale. — M. BRUNATI.

Vacances. — La prochaine séance publique aura lieu le mardi 5 octobre. Pendant les mois d'août et de septembre, la commission dite « des vacances » se réunira tous les mardis.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Forestier (de Langogne, Lozère). — Le Dr Pecharmant, chirurgien de l'hôpital Saint-Jacques, de Paris. — Le Dr Delhomme (de Paris). — Le Dr Zislin (de Paris).

MARIAGES. — Mlle Andrée Broussin, fille du Dr Broussin, accoucheur de l'hôpital de Versailles, avec M. P. Remilly, fils du Dr Remilly, médecin de l'hôpital de Versailles. — Le Dr Gonfroy (d'Agen) avec Mlle le Dr Quarante (de Coutances).

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Lux font part de la naissance de leur fille, Marie-France. — Le médecin principal H. Robert et Madame font part de la naissance de leur fille, Brigitte. — Le Dr et Mme Pierre Delore (de Lyon) font part de la naissance de leur fils, Jean-Pierre. Nos bien vives félicitations. — Le Dr et Mme P.-L. Fresnel font part de la naissance de leur fille, Marie-Françoise. — Le Dr et Mme J.-L. Herrenschmidt font part de la naissance de leur fille, Sylvie. — Le Dr et Mme Louis Delezenne-Duhus font part de la naissance de leur fils, Jean-Luc.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — Mme le Dr Viguié, médecin inspecteur adjoint de la Santé de Seine-et-Oise, a été titularisée dans ses fonctions, à compter du 12 mai 1943.

La démission de M. le Dr Brongniart, médecin inspecteur adjoint de la Santé de Seine-et-Oise, a été acceptée.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par arrêté en date du 16 juillet 1943, l'arrêté du 26 mars 1943 attribuant à la chaire de médecine légale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon le titre de chaire de médecine légale et de médecine du travail est rapporté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le profes-

seur Boudet est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite à compter du 10 mai 1943.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. Caraven, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur de l'Ecole de médecine pour trois ans, à dater du 1er avril 1943 (M. Hautefeuille, décédé).

ÉCOLES DE MÉDECINE DE NANTES. — Par arrêté en date du 28 juillet 1943, un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie médicale et de clinique médicale de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira, le lundi 14 février 1944, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Par arrêté en date du 28 juillet 1943, un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie chirurgicale et de clinique chirurgicale de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira, le lundi 14 février 1944, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — MM. Calvet et Aboulker sont nommés chirurgiens des hôpitaux de Paris.

Chefs de laboratoire de bactériologie. — Réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude. — La Commission se réunira le lundi 8 novembre 1943, à 11 heures, à la salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria, 2e étage.

MM. les Docteurs en médecine désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission devront se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, escalier A, 2e étage, tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, du 11 au 20 octobre inclusivement.

HOPITAUX DE BORDEAUX. — A la suite du récent concours, MM. Robert Barroux et André Goumain ont été nommés chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux.

HOPITAUX DE NICE. — Concours de chef de laboratoire. — Un concours pour un poste de chef de laboratoire des hospices civils de Nice aura lieu le 20 octobre 1943. Les dossiers des candidats doivent être déposés au Secrétariat des hospices civils, 5, rue Pastorelli, à Nice, avant le 1er octobre 1943.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre des médecins. Constitution des conseils régionaux. — ARTICLE PREMIER. — Les conseils régionaux de l'ordre des médecins sont constitués ainsi qu'il suit :

Région de Paris. — Président : M. le Dr Humbel (Seine-et-Oise) ; membres : MM. les Drs Batier, Chappe, Guyot, Ravina, Senechal et Winter (Seine), François (Seine-et-Oise), Simon (Seine-et-Marne).

Région de Lille. — Président : M. le Dr Six (Paul) (Nord) ; membres : MM. les Drs Deffline, Flouquet père, Frère (Émile), Monnier et Timal (Nord), Cambier, Capron et Lecomte (Pas-de-Calais).

Région de Bordeaux. — Président : M. le Dr Carles (Gironde) ; membres : MM. les Drs Ellie, Le Gallen, Rivière, Secousse et Soubiran (Gironde), Bourreterre, Daverat et Maisonnave (Landes).

Région de Poitiers. — Président : M. le Dr Ferru (Vienne) ; membres : MM. les Drs David (Vienne), Fau et Guérin (Charente), Béraud et Dufour (Charente-Maritime), Dupouy et Forget (Deux-Sèvres), Guerry (Vendée).

Région de Rennes. — Président : M. le Dr Hardouin (Ille-et-Vilaine) ; membres : MM. les Drs Aubry et Cau (Ille-et-Vilaine), Hutin et Legrand (Côtes-du-Nord), Lefranc et Morvezen (Finistère), Ezanno et Géniaux (Morbihan).

Région d'Orléans. — Président : M. le Dr Mercier (Loiret) ; membres : MM. les Drs Mazingarbe et Rodon (Loiret), Floquet et Marioton (Cher), Foucault et de Fourmestraux (Eure-et-Loir), Audy et Laurent (Loir-et-Cher).

Région de Toulouse. — Président : M. le Dr Clavelier (Haute-Garonne) ; membres : MM. les Drs Dedieu (Ariège), Perrier (Gers), Calvet (Lot), Valat (Lot-et-Garonne), Minvielle (Basses-Pyrénées), Betzebe (Hautes-Pyrénées), Cahuzac (Tarn), Olive (Tarn-et-Garonne).

Région de Limoges. — Président : M. le Dr Filhoulaud (Haute-Vienne) ; membres : MM. les Drs Beynes (Haute-Vienne), Bruhle et Deshors (Corrèze), Bardinon (Creuse), Durieux et Vignaux-Barraux (Dordogne), Alalinarde et Latour (Indre).

Région de Châlons-sur-Marne. — Président : M. le Dr Fauve (Marne) ; membres : MM. les Drs Auperin et Guillemin (Marne), Chazalnoël, Lucy et Pierre (Aube), Chardin, Molly et Picot (Haute-Marne).

Région de Clermont-Ferrand. — Président : M. le Dr Piollet (Puy-de-Dôme) ; membres : MM. les Drs Bardet et Perpère (Puy-de-Dôme) ; Mercier et Mouriquand (Allier), Girou et Gras (Cantal), Durand et Gallice (Haute-Loire).

Région de Montpellier. — Président : M. le Dr Boudet (Hérault) ; membres : MM. les Drs Aimes et Marc (Hérault), Cayla et Julien (Aude), Cayla (Paul) (Aveyron), Blanc (Lozère), Besse et Canceil (Pyrénées-Orientales).

Région de Marseille. — Président : M. le Dr Pieri (Bouches-du-Rhône) ; membres : MM. les Drs Chartin (Bouches-du-Rhône), Escarras (Basses-Alpes), Provansal (Hautes-Alpes), Boulouneix (Alpes-Maritimes), Dufour (Corse), Rocher (Gard), Jourdan (Var), Pamard (Vaucluse).

Région de Lyon. — Président : M. le Dr Mazel (Rhône) ; membres : MM. les Drs Daujat et Santy (Rhône), Desbos et Favre (Ain), Cadet (Ardèche), Gache (Jura), Cousin et Viannay (Loire).

Région de Nancy. — Président : M. le Dr Mutel (Meurthe-et-Moselle) ; membres : MM. les Drs Abel, Grandineau et Mariot (Meurthe-et-Moselle), Rousseau et Weber (Meuse), Cornu, Grosjean et Thinesse (Vosges).

Région de Laon. — Président : M. le Dr Roulier (Somme) ; membres : MM. les Drs Godechoux et Léger (Somme), Charlon, Hillairet et Samain (Aisne), Bridoux (Ardennes), Cache et Grangt (Oise).

Région de Rouen. — Président : M. le Dr Leviel (Seine-Inférieure) ; membres : MM. les Drs Florion et Stempowski (Seine-Inférieure) Daverne et Leroy (Calvados), Ruelle (Eure), Buisson père et Ple (Manche), Frinault (Orne).

Région d'Angers. — Président : M. le Dr Boquel (Maine-et-Loire) ; membres : MM. les Drs Morinière (Maine-et-Loire), Léonet et Wegbecher (Indre-et-Loire), Bureau (Robert), Chauvin et Gauducheau (Loire-Inférieure), Lecbertier (Mayenne), Lhoste (Sarthe).

Région de Grenoble. — Président : M. le Dr Corneloup (Isère) ; membres : MM. les Drs Sauvage et Chaix (Isère), Morel père et Viret (Drôme), Cons et Tobe (Haute-Savoie), Folliet et Regayraz (Savoie).

COURS ET CONFÉRENCES

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Dr JEAN BRAINE, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux scientifiques). — Travaux pratiques d'anatomie pathologique, par M. le Dr P.-A. Nicaud, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à l'amphithéâtre des hôpitaux.

Ces travaux pratiques, en huit séances, auront lieu à partir du 8 novembre 1943, trois fois par semaine, les lundis, mercredis et samedis, à 16 h. 30, à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

La première leçon aura lieu le lundi 8 novembre, à 16 h. 30.

PROGRAMME DES TRAVAUX. — I. Lésions inflammatoires et tumeurs dermo-épidermiques.

2. Lésions et tumeurs conjonctives.
3. Lésions et tumeurs du sein. Glandes endocrines.
4. Tube digestif : estomac, intestin.
5. Lésions et tumeurs du foie.
6. Lésions et tumeurs du rein.
7. Lésions et tumeurs du poumon.
8. Appareil génital.

NOUVELLES DIVERSES

Ambulances municipales. — Depuis le 1er juillet 1943, le transport des malades de Paris et des communes de banlieue ne possédant pas de voitures ambulances est assuré dans les conditions fixées ci-après :

1° *Station des Ecluses-Saint-Martin*, 14, rue des Ecluses-Saint-Martin (tél. : Nord 63-46).

Transports intra-muros provenant des onze premiers arrondissements de Paris (transports extra-muros pour l'hospice de Bicêtre seulement).

2° *Station de Chaligny.* — 21, rue de Chaligny (tél. : Diderot 13-45).

Transports intra-muros ou extra-muros provenant des XIIe, XIIIe et XXe arrondissements de Paris ; transports provenant de la banlieue Est et Sud-Est ; transports extra-muros provenant seulement des IIIe, IVe et XIe arrondissements de Paris.

Banlieue Est et Sud-Est : Les Lilas, Romainville, Saint-Maurice, Bonneuil, Bry, Créteil, Joinville, Noisy-le-Sec, Rosny, Saint-Maur, La Varenne ;

3° *Station de la rue Falguière*, 106, rue Falguière (tél. : Ségur 08-67).

Transports intra-muros et extra-muros provenant des XIVe, XVe et XVIe arrondissements de Paris. Transports extra-muros seulement provenant des Ier, IIe, Ve, VIe et VIIe arrondissements de Paris ; transports provenant de la banlieue Sud et Ouest, c'est-à-dire :

Bagneux, Bourg-la-Reine, Châtenay, Chevilly-Larue, Fontenay-aux-Roses, Fresnes, L'Hay-les-Roses, Orly, Plessis-Robinson, Rungis, Sceaux, Thiais.

4° *Station de Caulaincourt*, 102, rue Caulaincourt (tél. : Montmartre 04-74).

Transports intra-et extra-muros provenant des XVIIe, XVIIIe et XIXe arrondissements de Paris ; transports extra-muros seulement provenant des VIIIe, IXe et Xe arrondissements de Paris transports provenant de la banlieue Nord et Nord-Ouest, c'est-à-dire :

Pré-Saint-Gervais, Bobigny, La Courneuve, Pavillons-sous-Bois, Villetaneuse, Pierrefitte, Stains, Ile-Saint-Denis, Dugny, Le Bourget, Villeneuve-la-Garenne.

VARIÉTÉS

SANTÉ PUBLIQUE ET POUVOIR CENTRAL

Une bonne administration exige des textes réglementaires réussis (1), des services destinés à en bien assurer ou surveiller l'application, enfin des organismes consultatifs contribuant à les perfectionner ou appliquer. L'administration sanitaire n'échappe pas à cette triple obligation, mais elle relève de plusieurs ministères pour des raisons qui tiennent et à la nature des choses — répartition légitime — et à la faute des hommes — séparatisme abusif. L'actuel ministre de la Santé, M. Grasset, s'est plaint de cet état de choses : « Petit à petit, a-t-il dit, chaque ministère avait créé, dans son sein, un service sanitaire jaloux de son autonomie... » C'est vrai. Il a ajouté « et de son exclusivité ». C'est moins sûr ou plutôt ce n'est pas constant. Même en faisant abstraction du Service de Santé militaire, on aurait tort de croire que le ministère de la Santé publique peut absorber toute l'administration sanitaire d'un pays. Chez nous, l'histoire de ce ministère résume par la succession même des attributions et appellations données à ses services les difficultés du parcours qui mène vers une juste et nécessaire limitation.

Il est d'abord représenté par une direction au ministère de l'Intérieur. C'est l'époque, à ne pas mépriser, où l'autorité du ministre qui nomme les préfets donne aux consignes d'hygiène une force qui subira ensuite, au moins par intermittences, de fâcheux déclins.

Plus tard, un ministère de l'Hygiène est constitué, puis on crée un ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. Cette fois, les corrélations entre l'organisation du travail et l'état sanitaire sont aperçues, mais travail et hygiène divorceront.

Le ministère de l'Hygiène devient enfin le ministère de la Santé publique. En ce qui concerne ses fonctions préventives (car le boulet de l'assistance ne saurait lui être enlevé), c'est avant tout le ministère de la loi de 1902. Ce dévouement assez étroit va durer longtemps. Aussi mérite-t-il un examen particulier.

Si l'on veut schématiser la portée de cette loi, il est bon de rappeler que le domaine de l'hygiène peut être découpé en trois sortes de secteurs qui appartiennent respectivement à l'hygiène générale (population entière), aux hygiènes spéciales (milieux divers) et aux prophylaxies particulières (envisagées séparément, maladie par maladie) (2).

L'hygiène générale s'occupe des dangers auxquels est exposé l'ensemble de la population.

Chaque hygiène spéciale a trait aux périls qui menacent une certaine catégorie d'individus.

Chaque prophylaxie vise une maladie définie, quel que soit le caractère (général ou particulier) des milieux qu'elle affecte.

L'hygiène générale, celle des risques communs, répartit ses études et ses moyens d'action sur trois plans que résument les vieux termes : *urbs, domus et homo.* Elle touche donc aux matières que le tableau suivant récapitule, matières qui ne sont pas que de nature sanitaire et ne relèvent, par conséquent, pas que d'elle.

	Phase de création ou de rénovation (besoins économiques, psychologiques et sanitaires réunis).	Phase d'utilisation et d'entretien (besoins sanitaires d'ordre préventif seuls considérés) (3).
Localité (au sens large)	Urbanisme.	Hygiène urbaine.
Maison (au sens de demeure).	Domisme.	Hygiène domestique.
Homme (en trois personnes : économique, psychologique et physique).	Humanisme (4).	Hygiène individuelle (de l'adulte).

Du côté de l'hygiène générale, la loi du 15 février 1902 a surtout visé l'habitation (domisme préventif ou curatif) ; elle s'est souciée de l'assainissement des villes (eau potable et égouts), sans aborder le premier problème sanitaire que l'urbanisme ait à résoudre, celui de l'adduction d'air ; au sujet de l'être humain lui-même, en particulier de la puériculture, elle n'a rien prescrit.

Évitant le terrain des hygiènes spéciales, elle a eu soin de reconnaître, par son article 32, qu'elle ne s'appliquait pas aux ateliers et manufactures.

Enfin, elle s'est consacrée de son mieux à la prophylaxie des maladies contagieuses (surtout aiguës) et a notamment édicté la vaccination obligatoire contre la variole, puis contre d'autres maladies infectieuses.

En somme, ses intentions pourraient être brièvement résumées comme suit : urbanisme et hygiène urbaine + ; domisme (et hygiène domestique ?) + + ; humanisme et hygiène individuelle o ; hygiènes spéciales o ; prophylaxie des maladies transmissibles + +.

Les compléments et suppléances nécessaires ne sauraient provenir du seul ministère de l'Hygiène, même à partir du moment où, conscient de l'importance des tâches curatives, il décide, à bon droit, de se nommer ministère de la Santé.

L'urbanisme a besoin d'une législation (lois de 1919-1924, puis loi du 15 juin 1943) ; les services auxquels il est confié ne sont pas rattachés au ministère de la Santé. Aussi bien n'ont-ils pas à se préoccuper que d'urbanisme sanitaire. Leur ambition actuelle paraît grande. La loi du 15 juin 1943 donne même à craindre, notamment par l'abrogation de l'article 11 de la loi de 1902 (sur le permis de construire) et malgré la loi du 27 juillet 1942 dont nous parlerons plus loin, une atteinte injustifiée à l'autorité du ministre de la Santé publique.

Les hygiènes spéciales dépendent de divers ministères, en particulier Travail, Agriculture, Production industrielle et Communications.

Par contre, c'est par les soins directs du ministère de la Santé que l'humanisme sanitaire doit être défendu. En ce qui concerne la protection de la mère et de l'enfant, c'est-à-dire les phases initiales de la construction de l'homme, cet humanisme a eu, le 16 décembre 1942, son premier texte d'ensemble (abrogeant notamment la vieille loi Roussel de 1874). Le prolongement, si souhaitable, de cet effort vers les âges scolaire et post-scolaire sera moins libre ; d'autres ministères auront voix au chapitre, et d'abord celui de l'Éducation nationale.

Quant à la lutte contre les fléaux sociaux (tuberculose, syphilis, alcoolisme, etc.), elle ne peut se borner à l'utilisation de techniques sanitaires mises au point par le ministère de la Santé. Elle est, en outre, subordonnée, surtout dans sa partie la plus essentiellement préventive, à des mesures d'ordre général exerçant une influence bonne ou mauvaise sur le budget, la pensée et la santé des habitants. L'homme social est un être en trois personnes, économique, psychologique et physique, personnes solidaires que des sciences imprudentes, trop longtemps séparées, ont eu le tort de scinder artificiellement. Il a besoin de trois suffisances et, par conséquent, de trois protections. A problème trinitaire, recherche trinitaire et solution trinitaire. Or la tuberculose, par exemple ou par excellence, pose, comme le taudis, un problème trinitaire. Science rénovée de la protection sociale, la démophylaxie cherche à assurer simultanément par des mesures suffisantes et cohérentes la triple protection due à l'individu et à la famille. La souple hygiène sociale et la rigide hygiène publique, distinctes comme des modalités plutôt que comme des domaines, contractent avec les trois secteurs de la démophylaxie des rapports différents. La première s'étend, sans les remplir, dans les trois secteurs, au contraire de la seconde qui peut, à la rigueur, se cantonner dans le secteur sanitaire. Le ministère de la Santé

(1) N'abolissant donc pas toute initiative.

(2) L'hygiène ne soutient qu'une partie de la prophylaxie ; celle-ci doit, d'autre part, s'appuyer sur la médecine, médecine curative (par exemple, traitement antisyphilitique) ou médecine préventive (par exemple, administration d'un vaccin). Mais une exagération inverse doit être évitée : les mesures sanitaires qu'exige la prophylaxie ne sont pas toutes des actes médicaux, à savoir des examens et des soins.

(3) Si, sur chaque plan, les besoins économiques, psychologiques et sanitaires étaient fondus, il s'agirait de la vie urbaine (ou collective ou communautaire), de la vie domestique (ou familiale) et de la vie personnelle.

(4) Par quel terme désigner la construction de l'homme, son complet développement, l'épanouissement de ses trois personnes ? Le mot humanisme a été accaparé par littérateurs et philosophes. Ce monopole doit cesser. L'humanisme intégral peut, pour des fins notamment didactiques, se subdiviser en trois humanismes élémentaires : économique, spirituel et sanitaire. Par quelle expression remplacer ce dernier ? On a parlé d'hominiculture, plus vaste en vérité que puériculture ou juvéniculture. Oserait-on parler d'anthropogénie ?

ne peut, à lui seul, mettre en œuvre toutes les mesures de démophylaxie aptes à combattre un fléau tel que la tuberculose.

La conclusion de cet aperçu a la simplicité, pour ne pas dire la naïveté, de l'évidence : une alliance est indispensable qui postule autorité forte et unité de commandement.

Puisque la défense de la santé publique est d'une importance primordiale et qu'elle doit être ubiquitaire, de bons esprits souhaitent que le ministère de la Santé soit incorporé à la Présidence du Conseil. Le vrai ministre de la Santé serait le chef du gouvernement. L'avantage de ce système résiderait dans la puissance du premier ministre, capable de s'imposer à tous les services. L'inconvénient serait un alourdissement de la Présidence du Conseil par les affaires courantes ; il est normal que la gestion directe de celles-ci revienne à un département ministériel particulier.

Dès maintenant, deux mesures élargissent le pouvoir du ministre de la Santé : la loi du 27 juillet 1942 et le rattachement des services de la Famille.

La loi du 27 juillet 1942 confère au secrétaire d'État à la Santé des pouvoirs théoriquement très étendus. Aux termes de la loi, ce ministre « a dans ses attributions la sauvegarde de la santé des populations sur le territoire métropolitain. Il est habilité, à ce titre, à édicter toutes mesures techniques qui s'imposent. Il est chargé d'en contrôler l'exécution. Il rend compte de ses actes au chef du gouvernement et en partage avec ce dernier la responsabilité devant le chef de l'État. A cette fin, les services médicaux des divers secrétariats d'État ainsi que les organismes, commissions et conseils publics ou privés ayant pour but la préservation de la santé publique sont placés sous le contrôle technique du secrétaire d'État à la Santé, etc. ».

L'intervention de ce ministre revêt, on le voit, un caractère de technicité clairement souligné par la loi. Sur le papier, c'est magnifique. Malheureusement l'application de ce texte se heurte, en pratique, à des difficultés considérables tenant, pour commencer, à l'organisation défectueuse du ministère de la Santé.

Ce ministère est encore pauvre et faible par rapport à des aînés que l'opinion appelle les « grands ministères ». M. Theil, chef de cabinet de M. Grasset, a pu récemment déplorer de graves insuffisances organiques : « Le grand reproche que l'on peut faire à l'administration centrale, a-t-il écrit, est de ne pas comporter de techniciens... A titre d'exemple, disons seulement que le nombre des médecins attachés statutairement au secrétariat d'État à la Santé est de *trois* (les trois inspecteurs généraux médecins).»

Un petit ministère qui veut devenir grand doit veiller à la qualité de ses cadres et s'enrichir par elle plus que par la quantité de ses agents. Or le recrutement et la formation des médecins hygiénistes de carrière sont contrariés par la persistante insuffisance des traitements. Ce vice, qui s'oppose en tout temps à une saine organisation, se trouve aujourd'hui souligné par les offres d'une concurrente, la médecine du travail.

Toutes les légèretés commises après la défaite au sein de ce ministère n'ont pas été réparées. Par exemple, les services des bureaux municipaux d'hygiène, créés par la loi de 1902 et indispensables dans les villes d'une certaine importance, ont été supprimés le 18 septembre 1940 et n'ont pas été remplacés par une organisation nouvelle témoignant de la clairvoyance et de la vigueur d'un ministre qui, avant de contrôler ses voisins, doit mettre de l'ordre dans sa propre maison.

Certains estiment que, la loi du 27 juillet 1942 accordant au ministre de la Santé des droits suffisants, il n'y aura qu'à procéder à des réformes internes pour que tout aille bien. Ceux-là se représentent probablement assez mal les résistances extérieures dont ce ministre devra triompher. Les rivalités entre ministères créent des oppositions brutales ou sournoises exigeant souvent un difficile arbitrage. Cette fonction décisive, le ministre de la Santé, « un simple ministre », dira-t-on, « un ministre comme les autres », pourra-t-il l'exercer ? On en doute. Lui restera, il est vrai, la faculté d'en appeler, dans les cas graves, au chef du gouvernement ou même au chef de l'État. Mais la vie n'est pas faite, sous ses apparences quotidiennes, que de cas graves, et il faut, jusque dans les petits détails, prévoir à temps, juger à temps, remédier à temps.

Du côté de la Famille, les perspectives ne sont, elles aussi, rassurantes que jusqu'à un certain point. Les services de la Famille s'intéressent hautement au triple équilibre que cherche la science démophylactique. En particulier, le service social poursuit par des voies pratiques une action typiquement trinitaire puisqu'il essaie de protéger tout à la fois le corps, l'esprit et les biens de ceux pour lesquels il travaille. Le commissariat général à la Famille fut, pendant quelques mois, rattaché à la Présidence du Conseil. Revenu auprès de la Santé, il étend heureusement l'influence du ministre responsable. Mais cette amplification des droits et devoirs de celui-ci ne lui confère pas l'autorité extrême requise par certaines nécessités de la vie nationale.

Quels progrès l'avenir pourra-t-il apporter ? Le gigantesque effort qu'exigera l'après-guerre (peut-être même, espérons-le, la paix) n'aboutira qu'à des résultats monstrueux si une profonde réorganisation du pouvoir central ne donne pas à celui-ci plus de lumière et de force que les ministères actuels n'en peuvent théoriquement totaliser. Certes, la séparation traditionnelle de ces départements est à respecter, car elle est voulue par la diversité des faits. Mais la complexité des faits demande une vigilante et impérieuse coordination. Comment assurer cette vision et cette direction supérieures ? Pour certains, le Conseil d'État pourrait, moyennant d'utiles réformes, contribuer de façon efficace à un meilleur emploi de l'autorité. D'autres désirent que le secrétariat général de la Présidence du Conseil ou un organisme annexe autrement dénommé soit, à tout prix, équipé avec le plus grand soin en vue d'un perfectionnement continu des moyens d'information et d'action dont le chef du gouvernement doit disposer. Il va sans dire que, malgré leur fructueux développement, les services statistiques ne sauraient suffire à guider ce chef. *L'Institut national de Démophylaxie* réclamé par nous depuis 1929 semble indispensable. Il éclairerait le gouvernement sur les facteurs économiques, psychologiques et sanitaires, si enchevêtrés, dont dépend la triade prospérité, culture et santé.

Le train général de la nation équilibré avec une hardiesse et une mesure dignes de la renaissance à laquelle la France doit contribuer, une distribution harmonieuse sur l'ensemble du pays des forces économiques et démographiques, une éducation noblement humaine combattant toutes les peurs, sauf celle de la faute, la défense préventive et curative de la santé dans tous les milieux et dans toutes les circonstances, la lutte contre des cercles vicieux qu'un seul ministère ne peut briser, voilà le programme du superministère qu'appelle la civilisation moderne. Inévitablement volumineux, il vaudrait en dimensions plusieurs ministères fondamentaux. Serait-ce une tare ? Si un organisme est de plus en plus compliqué, si ses actes augmentent en nombre et en variété, en délicatesse ou en énergie, si son équilibre est soumis à un nombre croissant de dangers et se trouve menacé sans cesse davantage par des nouveautés, comment s'étonner que le cerveau grossisse et pourquoi le regretter ? L'essentiel n'est-il pas que son autorité protège, de façon judicieuse et ferme, la masse qui lui est confiée ? Une administration centrale qui se veut prévoyante plus encore que secourable n'a plus le choix. Elle ne doit pas se laisser gagner de vitesse. Inventions techniques, élévations sociales et vicissitudes politiques demandent une association de plus en plus raffinée des perceptions sensitives et des réactions motrices. Qu'en tous domaines, et d'abord sur le terrain administratif, les gros soient grands !

PIERRE JOANNON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 6 *mai* 1943 (suite).

Syndrome parkinsonien après spoliation sanguine. — M. FAURE-BEAULIEU et Mme POPP-VOGT. — Quelques jours après une épistaxis abondante, qui a nécessité une transfusion sanguine, une hypertendue de cinquante-neuf ans présente un hémisyndrome parkinsonien. C'est un nouveau type d'accident nerveux consécutif aux spoliations sanguines. Il semble que le parkinsonisme a été révélé par l'ischémie, qui a frappé un système extrapyramidal en état de moindre résistance.

Le syndrome acinéto-hypertonique du vieillard. La rigidité des artérioscléreux de O. Fœrster. — MM. J. LHERMITTE, DE AJURIAGUERRA et HÉCAEN. — Fœrster a décrit un syndrome complexe qui se caractérise par l'hypertonie, la catalepsie, les rétractions musculo-tendineuses, le tremblement, la démarche à petits pas, des troubles de la déglutition. En réalité ce syndrome, qui n'est pas spécial aux artérioscléreux, doit être démembré, car il comporte des éléments qui se dissocient souvent et dont le mécanisme est différent.

Il faut distraire du syndrome de Fœrster les manifestations liées à l'altération des faisceaux cortico-spinaux et cortico-bulbaires, dont l'expression la plus commune réalise la pseudo-paralysie bulbaire, la paraplégie des lacunaires, le parkinsonisme sénile d'Oppenheim.

D'autre part, la catalepsie apparaît comme un symptôme très fréquent dans l'âge très avancé et indépendant de la rigidité : son mécanisme est en réalité psychophysiologique.

Quant à la rigidité, celle-ci demande également à être précisée. Chez nombre de vieillards, la mobilisation passive des membres est très difficile, les muscles sont contractés, rigides en apparence. Mais, si l'on insiste doucement en détournant l'attention du patient, les membres se détendent. Il ne s'agit donc pas de rigidité vraie, mais d' « oppositionnisme ».

La véritable rigidité du vieillard s'oppose enfin à la paralysie agitante sénile *sine tremore*, car celle-là frappe avec électivité les membres inférieurs, qui s'immobilisent en flexion forcée, les membres supérieurs et la face conservant leur mobilité.

Enfin, il est un dernier syndrome qui a été confondu avec la rigidité artériosclérotique : c'est la myosclérose rétractile décrite par Lhermitte et qui se caractérise par une amyotrophie progressive des membres inférieurs, compliquée rapidement de rétractions fibro-tendineuses.

Cette dystrophie musculaire vient assez souvent compliquer la dernière période de la rigidité, mais il s'agit ici de lésions musculaires par troubles circulatoires locaux.

La dysphagie du premier temps. L'apractophagie. — MM. J. LHERMITTE et NEMOURS-AUGUSTE. — Le premier temps de la déglutition peut être perturbé de différentes manières, qu'il s'agisse de paralysie ou d'atrophie de la langue, ou encore d'incoordination des muscles de la langue et du pharynx, ainsi qu'on l'observe chez les pseudo-bulbaires.

Mais il existe une autre perturbation moins connue, que les auteurs ont étudiée grâce à la radiographie instantanée, chez trois malades. Le bol ne se forme pas et le patient fait indéfiniment des mouvements de mastication inefficaces. Quelques-uns arrivent à boire « à la régalade ». Aucune parésie des muscles du pharynx ou de la langue ne peut être décelée, et tout se passe comme si le malade avait oublié les mouvements nécessaires pour ramasser en un bol la pâte alimentaire.

Il s'agit d'une sorte d'apraxie qui compromet gravement l'alimentation. La rééducation motrice doit être pratiquée.

M. BAUDOIN rapproche ces faits de troubles de déglutition par anesthésie périphérique qu'il a observés chez un malade dont les deux maxillaires, le supérieur et l'inférieur, avaient été alcoolisés

M. THIÉBAUT rappelle l'importance des troubles de la déglutition, même en dehors du coma, chez les opérés de neuro-chirurgie.

Double neurinome intrarachidien. Ablation. Guérison. — MM. DE SÈZE et GUILLAUME présentent l'observation d'un malade qui souffrait depuis huit ans de sciatique droite, et en outre, plus récemment, d'algie scapulo-brachiale du même côté. Malgré l'absence de tout signe objectif, la ponction lombaire donnait un liquide xanthochromique, avec dissociation albumino-cytologique. Il y avait un double arrêt du lipiodol, en C_6-C_7, et en L_3-L_4. Les neurinomes furent découverts et enlevés, et le malade guérit.

Trois observations de neurinomes de la queue de cheval à symptomatologie purement douloureuse. — MM. PETIT-DUTAILLIS et S. DE SÈZE rapportent trois observations de sciatiques rebelles que le lipiodol a permis de rattacher, par la forme du blocage, à un processus tumoral. Il s'agissait de neurinomes déjà volumineux qui ont pu être enlevés. Or ces sciatiques étaient de type purement algique unilatéral dans un cas ; dans le second cas, la sciatique était également unilatérale, avec légère atrophie du mollet et diminution de l'achilléen ; dans le

troisième, il y avait tendance à la bilatéralisation.

Maladie de Steinert avec atrophie hémiplégique et cataracte homolatérale. — MM. E. Carrot, J. Paraire et Charlin présentent un cas de myopathie avec myotonie à topographie hémiplégique. La cataracte est unilatérale et siège du même côté. Il existe, en outre, une bradycardie avec périodes de Luciani en clinostatisme, qui témoigne de la participation du myocarde.

Séance du 10 juin 1943.

Heureux effets de l'infiltration de la chaîne sympathique cervicale sur divers troubles moteurs intéressant les deux membres du même côté. — MM. J.-A. Barré et J. Chaumerliac ont pratiqué l'infiltration de la chaîne sympathique chez un malade atteint de troubles moteurs progressifs de topographie hémiplégique, associés à des phénomènes labyrinthiques. Ils ont obtenu, dès la première infiltration, une grande amélioration et, après la troisième, une guérison complète qui se maintient depuis six mois. Les résultats ont été également bons dans trois autres cas, mais nuls dans les deux derniers. L'infiltration paraît plus efficace quand elle est faite du côté des troubles moteurs.

Sciatique rebelle. Radicotomie postérieure. Remarque sur l'état des réflexes tendineux. — MM. J.-A. Barré, F. Rohmer et Mlle Fitkenzam relatent l'observation d'une sciatique rebelle, avec traumatisme antérieur, sans phénomène neurologique important. L'intervention, faite par Arnaud (de Marseille), permit par l'excitation des racines de reconnaître que la douleur provenait des racines postérieures de LV et de SI, qui furent sectionnées. La douleur disparut aussitôt, mais dans les jours suivants il se produisit du collapsus cardio-vasculaire, puis de la fièvre, des céphalées, de la raideur de la nuque, que les auteurs attribuent à un réveil de l'élément sympathalgique. Les réflexes n'avaient pas été modifiés, et les troubles de sensibilité objective portaient seulement sur la face externe de la jambe et sur la face dorsale du pied.

M. Thurel a pratiqué quatorze radicotomies postérieures ; il a vu la section de LIV déterminer l'abolition du réflexe rotulien (1 cas) ; celle de SI, l'abolition du réflexe achilléen (7 cas) ; celle de LV laisse intacts les deux réflexes.

M. A. Thomas émet des doutes sur l'attribution de douleurs aux lésions du sympathique.

Parapiégie cyphotique et troubles de l'équilibration. — MM. J.-A. Barré, F. Coste et Sicard présentent un homme de cinquante-trois ans atteint de cypho-scoliose ancienne, chez lequel se sont développés des troubles de la marche, puis des troubles de l'équilibre. Une laminectomie de DIV à DVIII a montré un étui dural tendu, mais une moelle d'aspect normal. L' « astasie-abasie » réalisée serait due à une sensibilisation des troubles vestibulaires par suite de la paraparésie de compression médullaire.

Hématome sous-dural tardif après traumatisme à distance. — M. Petit-Dutaillis présente l'observation d'un homme qui avait subi un traumatisme important, avec luxation de l'épaule gauche, fracture du péroné droit, mais sans que le choc eût intéressé le crâne, ni qu'il se fût produit aucun signe immédiat de souffrance encéphalique. Cependant, un mois après, se développait un syndrome d'hématome sous-dural, que confirmait la ventriculographie, et que l'intervention permettait de retrouver dans la région frontale et rolandique. L'auteur discute le mécanisme d'action du traumatisme, dont le rôle ne lui paraît pas devoir être contesté du point de vue médico-légal.

Névrite ascendante. Disparition de la causalgie et des troubles vaso-moteurs après radicotomie postérieure cervicale. Indications respectives de la radicotomie et de myélotomie. — MM. Marcel David et H. Hecden présentent l'observation d'un homme chez lequel s'était développé un syndrome typique de névrite ascendante du membre supérieur droit avec causalgie et troubles vaso-moteurs datant de quatorze ans, à la suite de l'arrachement de l'ongle du pouce, d'une longue suppu-

(Voir suite page V.)

ration consécutive et de multiples interventions, terminées par l'amputation de la dernière phalange. Après échec de la stellectomie, la radicotomie postérieure de CVI et de CVII à droite a amené la disparition immédiate des douleurs, qui se maintient depuis deux mois. Mais, en même temps que les douleurs, ont cessé les troubles vaso-moteurs, dont l'origine sympathique n'est pas contestable. L'association de la stellectomie et de la radicotomie postérieure semble constituer le traitement optimum en pareil cas. La section de deux racines n'a déterminé aucun trouble de sensibilité objective. L'intervention permit de constater l'existence d'une arachnoïdite et d'une congestion piale qui auraient pu compromettre la technique et les résultats d'une myélotomie.

L'électro-encéphalogramme dans les traumatismes cranio-cérébraux. Sa valeur diagnostique, pronostique et médico-légale. — M. Puech, Mme Lesique et M. J. Lesique ont étudié 67 cas de traumatisme cranio-encéphalique, dont 19 récents et 48 anciens, avec la technique et les appareils du professeur Baudouin. Dans les cas récents, généralement graves, il y avait toujours des perturbations, qui acquéraient parfois une valeur localisatrice lorsque les lésions frappaient des zones uniquement silencieuses. Sur les 48 cas anciens, 27 présentaient des perturbations. Cette étude pourra sans doute fournir des tests pour l'indemnisation souvent si délicate du syndrome subjectif des traumatisés craniens.

Remarques sur des séquelles de névraxite spinale appuyées d'enregistrements électromyographiques. — MM. A. Tournay, A. Fessard et Mme A. Fessard montrent que l'électromyogramme permet de dissocier les raisons de certaines anomalies du réflexe tendineux, ou de mettre en valeur des secousses myocloniques peu apparentes cliniquement.

Paralysie post-zostérienne à type radiculaire supérieur du plexus brachial. Superposition topographique de la paralysie à une amyotrophie pré-existante. Action favorable des infiltrations stellaires sur les douleurs. — M. Léon Michaux, Mlle Granier et R. Lacourbe. — Un zona apparaît dans le territoire radiculaire supérieur du plexus brachial, trois mois après la découverte fortuite d'une amyotrophie dans le même territoire. Il est suivi de paralysie dans le même domaine et d'accentuation de l'amyotrophie. Les auteurs soulèvent trois hypothèses : zona à début moteur et trophique, à évolution insidieuse, à explosion secondaire sensitive et cutanée avec aggravation des lésions de la corne ou des racines antérieures ; affection médullaire ou radiculaire de nature inconnue, avec éruption zostériforme ; enfin zona se développant sur le point de moindre résistance d'une lésion nerveuse antérieure.

Ils soulignent l'influence remarquablement favorable des infiltrations stellaires sur les douleurs.

Hémianopsie horizontale supérieure et syndrome opto-psychique. — M. Faure-Beaulieu, Mmes O. Popp-Vogt et Delthil. — Chez un hypertendu syphilitique s'installe brusquement un syndrome occipital caractérisé par une hémianopsie horizontale avec hallucinations visuelles dans le champ visuel conservé ; de la désorientation dans l'espace ; une agnosie géométrique et une apraxie constructive. La gêne de l'activité du sujet est telle que, malgré l'intégrité de son intelligence, il doit abandonner sa profession. La lésion paraît être une artérite syphilitique, avec double ramollissement symétrique des lèvres inférieures de la calcarine.

Syndrome préfrontal au cours d'une atrophie de Pick. — MM. Mollaret et Messimy présentent une femme de cinquante-trois ans chez laquelle se développent progressivement, depuis deux ans, de petits troubles démentiels avec diminution du vocabulaire, stéréotypies sans aucun signe de localisation neurologique, mais avec tendance cataleptique, exagération des réflexes médians, hyperalgésie diffuse. La ventriculographie, pratiquée pour rechercher une tumeur préfrontale possible, montra une atrophie cérébrale à prédominance préfrontale. L'électro-encéphalogramme se signale seulement par l'atténuation des ondes du tracé, mais ne révèle aucune localisation précise.

M. Lhermitte, M. Delay opposent les localisations frontales et temporales de l'atrophie de Pick à la topographie occipitale de l'atrophie d'Alzheimer.

Sur le signe de l'éventail. — M. Barraquer (de Barcelone) pense que, à la différence de l'extension de l'orteil, l'éventail traduit une lésion pyramidale de la toute première enfance ou de la vie intra-utérine.

Hyperostose fronto-orbitaire. — M. D. Ferey (de Saint-Malo) rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt ans, qui présentait de l'agitation et des crises nerveuses, et qui était suspect de simulation. La radiographie montra un aspect vermoulu d'une moitié du frontal et un épaississement de la voûte orbitaire correspondante. Une

première trépanation avait déterminé une amélioration pendant deux mois. Mais une nouvelle aggravation, due à l'obturation des trous de Monro, exigea une nouvelle intervention, et le malade mourut le dixième jour. L'examen histologique des lésions osseuses ne permit pas de conclusion formelle sur leur nature.

Maladie de Steinert et sclérodermie. — M. THIÉBAULT présente un cas de myotonie associée à de très légers signes de myopathie à localisation faciale et à une cataracte bilatérale. Le tégument de la face est légèrement sclérodermique. Un fils est myotonique ; une sœur a une cataracte, le père a une maladie de Dupuytren bilatérale.

Les troubles humoraux de l'électro-choc. — M. J. DELAY rapproche les troubles humoraux et sympathicotoniques déterminés par l'électro-choc de ceux que déclenche la lésion du diencéphale. Il conclut que l'action thérapeutique de l'électro-choc résulte de son influence sur le diencéphale et sur le tonus affectif dont il assure la régulation.

Deux cas de maladie de Recklinghausen avec neurinomes intracraniens et intrathoraciques. — MM. ALAJOUANINE, THUREL, RICHET et NECKYL rapportent deux cas dont la symptomatologie nerveuse complexe comportait plusieurs localisations et évoluait par poussées successives depuis vingt ans. La découverte d'une tumeur intrathoracique paravertébrale permit de reconnaître la maladie de Recklinghausen.

Séance du 24 juin 1943.

Le traitement chirurgical de la sciatique (d'après 100 cas opérés). — M. R. THUREL a mis en œuvre l'exploration radiolipiodolée avec 10 centimètres cubes de lipiodol fluide remplissant le cul-de-sac lombo-sacré et pénétrant dans les gaines des racines dans 150 cas, représentant la presque totalité des cas observés. La hernie intrarachidienne d'un disque intervertébral serait en cause dans les trois quarts des cas de sciatique et la cure radicale s'impose. Lorsque la cause de la sciatique reste indéterminée, la guérison peut encore être obtenue chirurgicalement par la section de la racine sensitive, que la clinique indique être la racine douloureuse.

L'innocuité de l'épreuve lipiodolée massive proposée, la généralisation de son usage et du traitement chirurgical à tous les cas de sciatique primitive sont l'objet de nombreuses critiques.

Séance du 1er juillet 1943.

Étude anatomo-clinique des tumeurs de la poche de Rathke, par M. F. THIEBAUT (travail du prix Charcot). — Ce travail s'appuie sur 63 observations recueillies à la clinique du professeur Clovis Vincent.

Il comporte d'abord une étude analytique des quatre syndromes principaux : syndrome neuro-hypophysaire, les troubles de la croissance et du développement général étant surtout marqués chez les adolescents et chez les adultes jeunes, les troubles neuro-végétatifs traduisant la souffrance du troisième ventricule ; syndrome oculaire, particulièrement fréquent (acuité visuelle abaissée dans 97 p. 100 des cas ; champ visuel modifié dans 84 p. 100, fond d'œil anormal dans 92 p. 100, soit par stase, soit par atrophie, soit par lésions mixtes) ; syndrome d'hypertension cranienne particulièrement net chez les enfants (manifeste dans 41 p. 100, atténué dans 22 p. 100) ; enfin, syndrome radiologique : les calcifications suprasellaires, ou plus rarement intrasellaires, s'observent une fois sur deux chez l'enfant, une fois sur quatre chez l'adulte. Les altérations de la selle turcique ne manquent que dans 20 p. 100 des cas. Les signes osseux d'hypertension cranienne existent six fois sur sept chez les enfants, une fois sur cinq chez les adultes. La ventriculographie, utile dans les cas douteux, montre l'absence d'injection du troisième ventricule, ou seulement de sa partie antérieure, ou son refoulement en haut et en arrière.

M. Thiébaut étudie ensuite les formes cliniques les plus fréquentes : la forme typique, complète, avec infantilisme (32 p. 100), qui est celle des adolescents ; la forme hydrocéphalique (15 p. 100), qui est habituelle chez les enfants, et qui simule les tumeurs de la fosse postérieure ; la forme hypophysaire (25 p. 100), observée surtout chez des

adultes jeunes, et qui comporte l'association du syndrome chiasmatique à un syndrome hypophysaire post-pubertaire, sans signes nets d'hypertension cranienne, comme dans les adénomes chromophobes de l'hypophyse ; enfin la forme oculaire (27 p. 100), qui est surtout le propre des adultes âgés. A tous les âges le diagnostic peut se poser avec les encéphalites et avec les hydrocéphalies non tumorales qui peuvent déterminer des syndromes hypophysaires avec hémianopsie bitemporale, et que la ventriculographie peut seule distinguer.

L'étude histologique montre que les tumeurs de la poche de Rathke dérivent toutes de l'adamantinome, qui peut évoluer vers le cyclindrome, vers la momification, vers la calcification, vers l'ossification, ou vers l'infiltration des cristaux de cholestérine. Ces tumeurs ne déterminent jamais de métastases, mais elles envahissent facilement le troisième ventricule, et cette éventualité rend leur exérèse impossible, car on ne peut enlever le plancher du troisième ventricule sans risquer d'entraîner une cachexie mortelle. Comme ces tumeurs ne sont pas radiosensibles, le seul espoir de les guérir réside donc dans le diagnostic précoce, par l'examen ophtalmologique et par la radiographie, avant l'adhérence du troisième ventricule et avant les prolongements rétrochiasmatiques. L'opérabilité est plus souvent réalisée dans la forme intrasellaire, malheureusement plus rare que la forme suprasellaire.

Étude anatomo-clinique d'une dissolution de la mémoire avec ecmnésie et aphasie amnésique de Pitres. — MM. Jean Delay et Cuel rapportent l'observation d'une femme de soixante-trois ans, atteinte depuis l'âge de cinquante-cinq ans de troubles de la mémoire, qui ont abouti à une énorme amnésie rétrograde, remarquable par la dissolution complète de la mémoire intellectuelle avec conservation des automatismes sensorio-moteurs, et à une amnésie antérograde avec abolition de la mémoration et conservation de la fixation. Cette amnésie s'accompagnait de délire de mémoire (fabulation joviale, fausses reconnaissances, ecmnésie ou hallucination du passé) et d'aphasie amnésique de Pitres très pure.

L'autopsie montra une atrophie corticale symétrique frontale et temporale caractéristique de la maladie de Pick.

Au même âge (cinquante-cinq ans) a apparu, chez le frère de la malade, le même processus abiotrophique, qui se distingue de l'encéphalose sénile par l'âge auquel il survient.

M. Lhermitte insiste, lui aussi, sur l'autonomie de la maladie de Pick et de la maladie d'Alzheimer, encéphaloses bien distinctes de la démence sénile, qui peut être héréditaire elle aussi.

M. Alajouanine fait remarquer la fréquence d'une note aphasique ou apraxique dans la maladie de Pick.

Formes algiques des tumeurs de la queue de cheval. — MM. Sigwald et Guillaume rapportent deux cas de tumeurs de la queue de cheval qui ne se manifestaient que par une algie pure, non soulagée par la position couchée, avec forte contracture lombaire.

M. Alajouanine a vu des formes algiques pures dans des tumeurs de la région dorsale. Il pense qu'il s'agit, dans ces formes algiques pures, de tumeurs particulièrement molles.

Syndrome d'hypertension intracranienne aiguë par hématome intracérébelleux. Découverte opératoire d'un hémangiome, origine de l'hémorragie. — MM. Guillaume et Sigwald ont observé un syndrome d'hypertension intracranienne aiguë chez une jeune fille de dix-neuf ans, évoluant depuis quinze jours. L'intervention a montré un volumineux hématome intracérébelleux ; la paroi de l'hématome contenait une petite tumeur ; c'était un hémangiome, qui était à l'origine de l'hémorragie.

Épidurite dorsale suppurée. Laminectomie. Guérison, par MM. D. Ferey et E. Wolinetz. — A un mois d'intervalle se sont succédé un furoncle de la face, une méningite puriforme et enfin une paraplégie spasmodique. Il n'y avait pas de lésion radiographique, mais un lipiododiagnostic montra un blocage en D_4. L'intervention permit d'enlever un bloc scléro-purulent péridure-mérien. La guérison survient rapidement.

Syndrome vestibulo-cérébelleux familial. — MM. Alajouanine et Aubry présentent un frère de douze ans et une sœur de huit ans, chez lesquels on constate de gros troubles de l'équilibre, apparus dès la première enfance, avec chutes brusques, hypotonie considérable des membres inférieurs, nystagmus vertical dans toutes les positions, gros troubles des réactions vestibulaires, perte des réactions d'adaptation statique, arriération intellectuelle et pieds plats. Deux autres frères sont indemnes.

La biopsie dirigée par l'excitation électrique. — MM. Bourguignon, Desclos et Mlle Boy ont fait des prélèvements biopsiques de fascicules musculaires différents d'un même muscle, de manière à comparer le type histologique et la formule chimique de ceux qui ont des chronaxies plus ou moins allongées. Ils ont constaté l'abondance du tissu collagène et des noyaux sarcoplastiques dans les fibres myotoniques, et des différences importantes dans la teneur en phosphore et en potassium.

Troubles sympathiques consécutifs à des sections de brides intrapleurales. — MM. A. Thomas et Braillon (d'Angicourt) rapportent deux observations de syndromes sympathiques du membre supérieur survenus après section de brides au cours du pneumothorax thérapeutique ; ces syndromes se traduisaient par de la sécheresse de la peau, par une élévation importante de la température, par une augmentation de l'indice oscillométrique, par une disparition du réflexe pilo-moteur. Dans un des cas seulement, il y avait participation de la face ; dans l'autre seulement syndrome de Claude Bernard-Horner, de durée transitoire.

La manœuvre de la jambe dans les polyradiculonévrites. — M. Barré a constaté que, dans les cas de polyradiculonévrites qu'il a décrits avec M. Guillain en 1916, les manœuvres de la jambe indiquent tantôt une lésion périphérique, tantôt uue lésion centrale, tantôt une association.

La soif paroxystique rythmée par les règles. — MM. J. Lhermitte et Ngo-Quoc Ouyen ont vu, chez une femme âgée de trente-trois ans, apparaître, à la suite d'une grossesse, une obésité monstrueuse et des crises dipsomaniaques durant, chaque mois, pendant les dix jours de la période menstruelle. L'impulsion irrésistible à ingérer exclusivement des spiritueux s'accompagnait d'une tendance au sommeil diurne. L'examen neurologique décelait une extension bilatérale de l'orteil, une inégalité des réflexes tendineux, le syndrome de Parinaud. Cette observation met en valeur le rôle déterminant des règles dans certains troubles diencéphaliques.

Crises jacksoniennes crurales très fréquentes guéries par une résection sous-piale du lobule paracentral. — MM. Georges Guillain, J. Guillaume et Fressinaud-Masdefeix apportent l'observation d'un malade de vingt-quatre ans qui présentait, depuis l'âge de deux ans, à la suite d'un traumatisme cranien, des crises d'épilepsie jacksonienne crurale gauche, au nombre de trente à quarante par jour, sur lesquelles aucune thérapeutique n'avait eu d'influence. Il existait une amyotrophie des membres gauches avec pied ballant. Une résection souspiale du lobule paracentral amena la cessation des crises jacksoniennes et une régression partielle de la paralysie du pied, la disparition de l'hyperréflectivité et du signe de Babinski constatés avant l'intervention.

Traitement d'un état de mal épileptique par l'électrocoagulation des vaisseaux. — MM. Bardin et Guillaume ont opéré un cas d'épilepsie à début brachial gauche qui datait de 1940, et qui était devenu un état de mal jacksonien depuis trois semaines. Il s'agissait d'une lésion purement corticale et cicatricielle. L'électrocoagulation de tous les vaisseaux qui entouraient la cicatrice a fait cesser immédiatement l'état de mal. La paralysie consécutive à l'opération a cédé en trois semaines.

Traitement d'un cas d'épilepsie bravais-jacksonienne par résection corticale. — MM. Tournay et Guillaume sont intervenus dans un cas d'épilepsie jacksonienne du membre supérieur gauche pour lequel ni l'examen clinique, ni l'électro-encéphalographie, ni la ventriculographie ne permettaient de diagnostic lésionnel. L'intervention permit de réséquer un bourrelet résistant souscutical dans la région correspondante de la frontale ascendante. L'hémiplégie gauche consécutive régresse peu à peu malgré une complication phlébitique. La lésion consiste en une sclérose isomorphe autour d'un gliome kystique non évolutif.

J. Mouzon.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Léon Monier (de Paris). — Le professeur Adrien Plc, professeur bonoraire de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon. — Mme Grenet, mère du Dr Henri Grenet. Nous adressons au Dr Henri Grenet l'expression de notre profonde sympathie. — Le professeur Emile Marcboux, chef de service à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences coloniales, grand officier de la Légion d'honneur.

MARIAGES. — Le Dr Jean Marree avec Mlle Jacqueline Beltoise. — Mlle Simone Robert, étudiante en pbarmacie, fille du Dr Louis Robert, avec M. Léon Le Minor, étudiant en médecine et en sciences.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme H. Corrèze font part de la naissance de leur fils, Jean-Loup. — Le Dr et Mme P. Camus font part de la naissance de leur fils, Didier. — Le Dr et Mme Brochard font part de la naissance de leur fille, Marie-Cbristine. — Le Dr et Mme Paul Barré font part de la naissance de leur fils, Patrick. — Le Dr et Mme René Grimault font part de la naissance de leur fils, Gilles. — Le Dr et Mme M.-G. Werquin font part de la naissance de leur fille, Christine.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Moncenix, médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Isère, a été nommé, en la même qualité, dans le département de l'Allier.

Mme le Dr Laurent a été nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Haute-Savoie, au maximum pour la durée des bostilités.

M. le Dr Sagot a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de l'Ardècbe, au maximum pour la durée des hostilités.

M. le Dr Valrivière a été nommé inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du Rbône, au maximum pour la durée des bostilités.

FACULTÉS

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — Par arrêté en date du 28 juillet 1943, un concours pour l'emploi de professeur suppléant des cbaires de clinique chirurgicale et de pathologie cbirurgicale de l'École de médecine d'Angers s'ouvrira, le lundi 14 février 1944, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — *Avis de concours pour un emploi de professeur suppléant à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours.*

Par arrêté en date du 16 juin 1943, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pbarmacie et matière médicale s'ouvrira, le lundi 6 décembre 1943, devant la Faculté de médecine de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour la nomination à deux places d'assistants d'oto-rbino-laryngologie.

Ce concours sera ouvert le mardi 16 novembre 1943, à 9 heures, à l'Administration centrale, salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria (2e étage).

Cette séance sera consacrée à l'épreuve tbéorique écrite.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Vietoria, Bureau du Service de Santé (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimancbes et fêtes exceptés), de 14 à 17 beures, depuis le 21 octobre jusqu'au 3 novembre 1943 inclusivement.

Concours pour la nomination à deux places d'assistants en stomatologie. — Ce concours sera ouvert le mardi 30 novembre 1943, à 9 beures, à l'Administration centrale, sallc du Conscil de surveillance, 3, avenue Victoria, 2e étage.

Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimancbes et fêtes exceptés), de 14 à 17 beures, du 5 au 16 novembre 1943 inclusivement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Les Académies de médecine dc Bruxelles et de Roumanie ont adressé à l'Académie de médecine leur condoléances à l'occasion du décès du professeur Sergent.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AIX-LES-BAINS. — *Onzième séance scientifique annuelle.* — Le 20 juin s'est tenue à Aix une réunion commune organisée par la Ligue française contre le rbumatisme, la Société savoyarde dcs sciences médicalcs ct la Société médicalc d'Aix-les-Bains, dont c'était la onzième séance scientifique annuelle, la première remontant à 1929.

A l'issue de la réunion, on se donna rendez-vous en 1944 pour entendre le rapport du Dr Herbert sur « Le traitement des rhumatismes chroniques par l'orthopédie et la chirurgie associées aux tecbniques tbermales ». Nul doute qu'il obtienne autant de faveur que celui de 1943.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR (à titre posthume). — *Chevalier.* — M. le médecin-sous-lieutenant Edmond-Auguste-Isidore Alie.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Décret n° 704 du 22 juillet 1943 fixant la limite d'âge des fonctions de médecin des hôpitaux psychiatriques publics. — ARTICLE PREMIER. — La limite d'âge des fonctions de médecin des hôpitaux psychiatriques publics est fixée à soixante-cinq ans.

Décret n° 2248 du 13 août 1943 modifiant le décret n° 568 relatif à l'institution d'un enseignement préparatoire aux études médicales. — ARTICLE PREMIER. — L'article premier du décret du 16 mars 1943 susvisé est modifié ainsi qu'il suit :

« *Article premier.* — Il est institué, dans les facultés de médecine, dans les facultés mixtes de médecine et de pbarmacie et, à titre provisoire, à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pbarmacie de Nantes, un enseignement préparatoire aux études de médecine... ».

(Le reste sans changement.)

Ordre des médecins. — *Conseil du Collège départemental de la Seine.* — De différents côtés on signale que des organismes divers (Caisses d'Assurances sociales, Assurances-cadres, Assurances-vie notamment) demandent aux assurés ou aux héritiers de leurs assurés, sous une forme qui en impose pour une obligation, des certificats émanant des médecins traitants et comportant indication du diagnostic, de la nature de l'opération pratiquée ou de la cause de la mort.

Le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins rappelle aux médecins traitants qu'à moins de manquer délibérément à leur règle professionnelle et de s'exposer de ce fait à tomber sous le coup de l'article 378 du Code pénal ils ne doivent pas répondre à ces sollicitations. Celles-ci sont d'ailleurs parfaitement inutiles, puisque les organismes payeurs ont le droit et la possibilité d'exercer par leurs propres moyens leur contrôle sur leurs assujettis, ce qui exclut toute participation, directe ou indirecte, des médecins traitants à ce contrôle.

A leurs malades, par contre, les médecins peuvent, en certains cas, donner, par le moyen d'une lettre — document privé qui est et doit demeurer la propriété du destinataire — certains renseignements médicaux que les malades peuvent leur demander. Mais ils doivent le faire avec une grande circonspection et guidés par un constant souci du sentiment d'bumanité. (*Communiqué.*)

COURS ET CONFÉRENCES

Enseignement de médecine coloniale. — PREPARATION AU DIPLOME DE MEDECIN COLONIAL ET AU BREVET DE MEDECIN DE LA MARINE MARCHANDE. — *Diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux.* — Le diplôme de médecin colonial dispense des travaux, cours d'épreuves des diplômes d'hygiène des Universités de Bordeaux et de Paris.

Candidats au brevet de médecin de la Marine marchande. — Une session de cet examen a lieu à Bordeaux, cbaque année, à la fin du cours colonial, à une date et dans des conditions fixées annuellement par le Ministère de la Marine marcbande.

Ouverture de la 38e série : mardi, 2 novembre 1943.

Examens de médecin colonial et de médecin breveté de la Marine marcbande : du 20 au 24 décembre 1943.

Patbologie exotique (professeur Bonnin). — *Enseignement clinique.* — Tous les matins, à 10 beures, hôpital Saint-André, salle 22.

Leçon clinique. — Vendredi, à 9 beures, bôpital Saint-André.

Démonstrations séméiologiques. — Lundi, mercredi, 10 heures, hôpital Saint-André.

Leçons théoriques et démonstrations pratiques. — Lundi, vendredi, 14 beures ; mardi, jeudi, 17 beures.

Dermatologie tropicale (professeur Joulla). — *Enseignement théorique et clinique.* — Lundi, 10 b. 30, bôpital Saint-André.

Parasitologie (professeur R. Sigalas ; cbef des travaux : professeur agrégé R. Mandoul). — *Leçons théoriques et démonstrations pratiques.* — Mardi, jeudi, samedi, 14 heures.

Bactériologie (professeur Aubertin). — *Leçons et démonstrations pratiques.* — Lundi, vendredi, à 17 heures.

Leçons et cliniques appliquées à la pathologie tropicale.

Samedis 13 et 20 novembre. — 16 beures. Professeur Wangermez : météoropatbologie tropicale.

Vendredis de novembre. — 16 beures. Professeur Damade : hématologie en pathologie tropicale.

Samedi 4 décembre. — 16 heures. Profcsseur Golse : les plantes vénéneuses des pays tropicaux.

Jeudi 18 novembre. — 16 heures. Professeur F. Papin : chirurgie tropicale. Abcès du foie.

Vendredis 3, 10 et 17 décembre. — 16 beures. Professeur Perrens : psycboses tropicales. Poisons eupborigènes.

Jeudis 2 et 9 décembre. — 10 b. 30. Professeur Beauvieux : Opbtalmologie tropicale. Tracbome.

Jeudis 25 novembre et 2 décembre. — 16 beures. Professeur E. Leuret : la tuberculose cbez les indigènes et dans les colonies françaises.

Samedis 6 et 28 novembre, jeudi 11 novembre. — 16 beures. Professeurs Golse et Vitte : pbarmacologie des produits organiques et syntbétiques employés en médecine tropicale.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Rapport établi par l'Association corporative des Étudiants en Médecine.

La réforme des études médicales est une question d'actualité sur laquelle se penchent de savantes commissions.

Sur un sujet aussi important et qui ne laisse pas de susciter certaines inquiétudes, toute opinion, pourvu qu'elle soit sincère et désintéressée, mérite d'être prise en considération.

Les jeunes, particulièrement touchés par cette question, ont le droit de faire valoir leur point de vue. Aussi avons-nous jugé utile de publier ce rapport en laissant aux auteurs la pleine responsabilité de leurs opinions.

N. D. L. R.

I. — DÉCLARATION LIMINAIRE

L'*Association corporative des Étudiants en Médecine de Paris*, avant d'aborder toute discussion sur le fond, précise qu'elle sépare nettement le problème de la *limitation* du nombre des étudiants en médecine de celui de leur *sélection*, qui, selon elle, doit précéder toute tentative de réforme.

A. CONTRE LA LIMITATION. — « Le 19 octobre 1942, une loi instituant la limitation des étudiants en médecine a été promulguée; on en trouvera le texte au *Journal Officiel*. Cette loi a été quelque peu modifiée par le décret n° 128 du 4 février 1943, paru à l'*Officiel* du 16 février 1943, et la loi n° 139, du 15 mars 1943, parue à l'*Officiel* du 17 mars 1943. »

La limitation envisagée jusqu'ici, telle qu'elle a été déjà réalisée, est arbitraire et n'est fondée sur aucune étude des besoins de la population en médecins. Le professeur Balthazard l'a prouvé récemment par des chiffres éloquents : 1 médecin pour 1 400 habitants (moyenne mondiale), 1 médecin pour 1 800 habitants (moyenne française).

L'*Association corporative* repousse en outre l'examen éliminatoire au début des études qui va à l'encontre du vieux Droit universitaire à base de libéralisme. Il est un moyen autrement sérieux de juger de la valeur des étudiants. et nous verrons plus loin quel est le diplôme à exiger à l'entrée de la Faculté de Médecine.

L'examen clinique de première année, de même que l'examen d'aptitude à la profession médicale adjoint cette année aux épreuves du P. C. B., sont un non-sens, car il faut laisser l'étudiant apprendre l'anatomie et la physiologie, sciences mères de la médecine, avant de défricher la pathologie.

Par contre, l'*Association corporative* réclame la création, à la fin de la première année, d'un examen pratique, dont il sera parlé plus loin. En effet, la logique n'est pas incompatible avec la rédaction d'un programme d'études médicales.

D'ailleurs, au bout d'une assez courte scolarité, les aptitudes médicales d'un étudiant se dégagent d'elles-mêmes, et tout le monde a connu des camarades victimes de cette sélection naturelle s'opérant en cours d'études. Tout étudiant doit pouvoir courir sa chance, et il n'est que de comparer l'effectif des 6e et 1re années pour constater quel est le déchet.

Il n'est pas vrai, comme on l'a trop souvent dit et écrit, que tout étudiant ayant commencé ses études médicales les termine.

B. POUR LA SÉLECTION. — On n'est pas sans avoir remarqué et on remarque un peu plus chaque jour l'*absence de culture générale* parmi les membres des diverses professions libérales. On laisse arriver dans ces carrières, et singulièrement dans la médecine, une collection de « non-valeurs » qu'un baccalauréat digne de ce nom devrait suffire à arrêter à l'entrée des Facultés.

Cela tient à ce que le baccalauréat, *premier examen de l'Enseignement supérieur*, comporte des épreuves mal examinées et mal jugées par la faute de jurys d'inégale valeur, dans lesquels siègent, à côté de professeurs de Faculté et d'agrégés, trop de professeurs de collège non agrégés et même des juges relevant de l'Enseignement primaire.

L'*Association corporative* réclame que seul des membres du corps enseignant des Facultés et des professeurs agrégés des lycées soient appelés à la correction des copies et aux postes d'examinateurs; que seuls les chefs-lieux d'Académie soient le siège des épreuves de l'examen; que les fraudes si fréquentes soient sévèrement réprimées, enfin que le *français* et l'*orthographe* soient éliminatoires.

Cette question de la valeur intrinsèque du baccalauréat a toujours préoccupé vivement les divers comités qui se sont succédé à l'Association corporative : c'est ainsi que, depuis 1923, celle-ci a pris part à toutes les campagnes en faveur de la culture classique des futurs médecins et qu'elle a demandé l'obligation pour eux d'être titulaires du baccalauréat classique.

Il faut rappeler ici l'action tenace de l'Association corporative en faveur de la *réforme de l'enseignement classique* de M. Léon Bérard et l'appui que ce dernier lui a donné lors du vote au Sénat de l'amendement Debierre en 1933, amendement ayant pour but de rendre le baccalauréat latin-grec obligatoire pour l'accès aux études médicales.

Ajoutons, pour la deuxième partie du baccalauréat, que la philosophie ou les mathématiques doivent permettre indifféremment l'accès à l'A. P. M. qui complétera la formation scientifique des étudiants.

C. CONCLUSION. — L'*Association corporative* attire spécialement l'attention sur les déclarations ci-dessus et rappelle le vœu de feu M. le professeur Marfan : celui-ci avait proposé, pour mettre fin au mauvais recrutement des médecins, qu'une dictée éliminatoire fût imposée à tout candidat à la première inscription de médecine. Imposée, cette dictée aurait arrêté 20 p. 100 des amateurs.

Ce vœu est à retenir, d'autant plus que les nouveaux *collèges modernes* résultant de la transformation de l'Enseignement primaire supérieur vont créer un effectif supplémentaire de bacheliers modernes qu'il est urgent d'arrêter à la porte de la Faculté de Médecine.

Nous voyons dans cette mise en valeur du baccalauréat par une correction plus sérieuse et dans l'obligation des humanités un moyen très suffisant d'éviter un concours à l'entrée de la Faculté de Médecine.

***

II. — L'A. P. M.

L'ancien P. C. N., devenu P. C. B., est maintenant rattaché à la Faculté de Médecine et son programme de nouveau modifié par le décret n° 568, en date du 16 mars 1943, paru au *Journal Officiel* du 20 mars 1943.

Nous estimons ce rattachement normal, puisque en définitive 80 p. 100 des étudiants du P. C. B. étaient destinés à faire leur médecine ; la Faculté de Médecine a donc droit de regard sur eux.

Mais il faut que l'année préparatoire de médecine (A. P. M.) demeure un barrage efficace contre les bacheliers ne voulant pas se soumettre à une formation scientifique, complément nécessaire de cette formation classique que nous réclamons.

Nous jugeons le programme de l'A. P. M. défini dans le décret du 16 mars 1943 *incapable* de réaliser cette formation double.

Selon la déclaration que vient de nous faire M. le professeur Montel, membre de l'Institut et doyen de la Faculté des Sciences de l'Université de Paris, la physique n'entrera dans l'examen de fin d'année que pour 1/93 du total des points.

La suppression totale de la *Botanique*, d'autre part, nous paraît une mesure trop catégorique. Voici d'ailleurs les coefficients accordés aux diverses matières de l'examen : Biologie : 7 ; Chimie : 2 ; Physique : 1. Il s'agit d'un renversement brutal des valeurs par rapport à l'ancien P. C. B.

Les coefficients de la physique et de la chimie sont tellement insignifiants que la grande majorité des étudiants se contenteront d'apprendre surtout la *biologie*, qui assurera à ceux-ci un total de points suffisant pour être reçus brillamment !

Ne pourrait-on, au contraire, profiter de cette A. P. M. pour y étudier la physique et la chimie dans un sens médical et biologique de façon à limiter, *pendant les années de doctorat*, l'étude de la physique et de la chimie à leurs strictes applications médicales (exemple : optique médicale et acoustique, radiologie, électricité médicale, chimie du sang, des sucs digestifs, etc...) ?

Il est bien évident que l'examen de fin d'année, comme

nous l'avons exposé plus haut, ne devra pas être limitatif.

***

III. — LE DOCTORAT

A. — Premier cycle (1re et 2e années).

Sans vouloir supprimer totalement la fréquentation de l'hôpital dès le début des études médicales, fréquentation ayant, selon nous, un intérêt incontestable, il nous paraît nécessaire, néanmoins, de ne pas donner à l'hôpital *en première année* l'importance que les actuels programmes lui confèrent.

1. Stages hospitaliers et matières enseignées. — Il importe de permettre à l'étudiant de s'initier rapidement à l'étude de l'*anatomie*, de l'*histologie* et de la *physiologie* qui doit préoccuper, au premier chef, le débutant. Avant d'exiger des examens de pathologie, nous demandons, une fois de plus, le respect de la logique, c'est-à-dire l'obligation pour l'étudiant de connaître à fond la constitution des organes et leur fonctionnement.

Il faudrait en finir avec un certain désordre de l'enseignement médical qui a fait perdre beaucoup de temps à trop d'étudiants.

En conséquence, le *stage hospitalier* en première année a intérêt à être limité à deux ou trois jours de la semaine, *avec présence obligatoire* dans les services choisis où les étudiants seraient initiés à des exercices de propédeutique et de petite chirurgie sommaire (pansements, anesthésies) pour dénoter leurs tendances aux aptitudes médicales, selon un programme défini à l'avance. Un examen purement pratique, celui dont nous parlions plus haut, passé à la fin de la 1re année, viendrait sanctionner cet enseignement et permettrait d'empêcher certains étudiants déficients d'entrer en 2e année, sans toutefois les éliminer de la Faculté.

Quant à la physique et à la chimie médicales, elles devront être réduites à leurs applications médicales, la physique et la chimie théoriques ayant dû être suffisamment étudiées, si le principe de l'A. P. M., tel qu'il est défini plus haut, était admis: le moins de théorie possible et surtout le maniement des appareils et instruments de physique usités dans la profession médicale. Ne pas oublier le maniement des appareils modernes en service dans les laboratoires de radiologie et l'étude de la complexité de leur mécanisme.

En Chimie, les analyses biologiques (sang, urine, etc.), en rapport avec la clinique, constitueront l'essentiel des connaissances à inculquer au jeune étudiant.

Les cours théoriques de physique et de chimie médicales devront avoir pour but la compréhension de la physiologie et l'explication des appareils usités en thérapeutique et pour le diagnostic (radiologie, optique, électricité, etc...).

La fréquentation de l'hôpital en 2e année pourrait être élargie, et on adjoindrait aux exercices pratiques de la 1re année l'étude de la séméiologie, en écartant délibérément tout enseignement théorique de la pathologie.

2. Travaux pratiques. — En 1re et 2e années, la vie de l'étudiant se déroulant surtout à la Faculté, c'est à celle-ci de bien organiser et de contrôler les travaux pratiques.

La science de base qu'est l'anatomie doit en former la partie essentielle : la dissection du cadavre constitue la seule façon pratique d'étudier les rapports anatomiques et mérite d'être sérieusement contrôlée.

En ce qui concerne l'*histologie*, les travaux pratiques devront comprendre *avant tout* la présentation des coupes de tissus et d'organes *humains*, peu nombreuses, mais bien choisies et limitées aux principaux organes ; d'autre part, il est inadmissible de demander à l'examen de reconnaître une coupe qu'on a vue *une fois* ; il faut donc que l'étudiant puisse voir toutes les coupes à plusieurs reprises dans le courant de l'année. Quant aux travaux pratiques de *Physiologie*, ils nous semblent satisfaisants tels qu'ils sont actuellement organisés à la Faculté de Paris.

Nous estimons devoir fixer à *deux ans* la durée de ce premier cycle d'études, après quoi l'étudiant en médecine serait bien armé pour commencer les études de pathologie, c'est-à-dire la médecine proprement dite.

B. — Second cycle.

Ce second cycle comprend essentiellement l'étude de la pathologie théorique, clinique et pratique. A ce titre, la fréquentation hospitalière deviendra pour l'étudiant la partie essentielle de ses études, par opposition au premier cycle.

1. Stages hospitaliers et matières enseignées. — La question primordiale, à partir de la 3e année, c'est l'enseignement de la clinique ayant pour conséquence le développement des *stages hospitaliers*.

Le stage devra être organisé dans *tous* les services de l'Assistance publique, avec égale répartition des stagiaires. Le nombre des étudiants sera donc infime dans chacun des services, ainsi le travail sera profitable et ne fatiguera pas les malades. Il faut supprimer les masses de stagiaires concentrées dans les mêmes services, qui nuisent à la fois au bon fonctionnement de ceux-ci et à l'instruction des étudiants. Réservons les grands services de clinique aux étudiants à partir de la 4e année pour que les leçons des grands maîtres soient profitables à tout leur auditoire. Plus de leçons sur l'anaphylaxie, l'azotémie et la maladie de Kahler comme on en a vu faire aux étudiants de 1re année.

Des moniteurs convenablement rétribués et recrutés seront adjoints à chaque service à raison de 1 pour 10 étudiants, qu'ils initieront *entièrement* à l'examen des malades, suivant chaque jour avec eux l'évolution des maladies. L'hôpital sera ainsi la « leçon de choses » qui manque à la plupart des étudiants beaucoup trop abandonnés à eux-mêmes. A ce jeu, trois ans d'hôpital seront très profitables. Jamais il ne sera fait à l'hôpital de cours uniquement théoriques, car ils n'y sont pas de mise, et ils empêchent la fréquentation des salles de malades. Seule doit exister à l'hôpital la *leçon clinique* avec présentation des malades, dans des locaux suffisamment spacieux. Revenons, comme avec Dieulafoy, à la « visite parlée » du chef de service, et chaque jour les stagiaires seront ainsi entraînés à l'examen total des malades.

La *clinique chirurgicale* ne sera pas sacrifiée, comme elle l'a été jusqu'à ce jour, car elle a autant d'importance que la clinique médicale, beaucoup d'erreurs en matière chirurgicale étant meurtrières.

Il en est de même de la *clinique obstétricale*, assez mal connue de beaucoup de jeunes praticiens ayant juste fait les trois mois imposés par la Faculté dans les maternités : il est inadmissible que l'on puisse s'installer sans avoir jamais fait une application de forceps. L'assistance aux consultations prénatales, à celles des femmes enceintes et des nourrissons doit être rendue obligatoire par la Faculté.

L'Association corporative tiendrait essentiellement à voir se réaliser le stage obstétrical de la façon suivante :

Les étudiants devraient être tenus de faire un stage de trois mois effectifs, soit quatre vingt-dix jours, étant entendu qu'il s'agit de journées entières, commençant à 9 heures du matin et finissant à 18 heures environ.

Pendant cette période, l'étudiant ne devra fréquenter que la maternité à laquelle il aura été rattaché, où il suivra un enseignement théorique et pratique de tous les instants de la part du chef de service, du chef de clinique, et des moniteurs d'accouchement, dont l'Association corporative réclame le rétablissement. Ces moniteurs, qui existaient il y a quelques années dans les cliniques de la Faculté, étaient tous des docteurs en médecine spécialistes de l'accouchement ; à ce titre, ils jouaient un rôle important dans le service, participant eux-mêmes à beaucoup d'interventions, telles que versions, forceps, etc... Le Comité de l'Association corporative désire que ces moniteurs, à l'instar de ceux que nous avons prévus pour l'enseignement clinique médical, soient spécialement chargés de l'enseignement des stagiaires.

Les gardes de nuit seront imposées fréquemment, une nuit sur trois, à tous les étudiants de service, en plus de la présence toute la journée, et il est souhaitable que, durant leur stage, ces étudiants n'aient aucun autre examen à préparer, sinon ils continueront à se désintéresser de la maternité, comme ils se désintéressent des autres services dans lesquels ils sont de passage.

Il est pour le moins curieux de constater que l'enseignement des élèves sages-femmes est peut-être plus complet, au point de vue pratique, que celui réservé aux étudiants en médecine...

Les stages que nous réclamons devront être organisés non seulement dans les services de clinique obstétricale de la Faculté, mais dans plusieurs autres maternités, pour que, selon notre principe déjà énoncé, les étudiants soient peu nombreux et ne se gênent pas pour travailler. Aucune sage-femme ne devra être tolérée dans les maternités fréquentées par les étudiants ; une seule de ces dames pourrait, comme autre fois Mme La Chapelle accompagner le chef de service et remplir son rôle norma dans la maternité. Nous pensons que celle-ci serait bienveillante vis-à-vis des stagiaires.

L'Association corporative a été amenée à prendre cette position parce que son Comité, bien documenté par plusieurs de ses anciens accoucheurs des hôpitaux, sait par expérience que, si beaucoup de praticiens ne font pas d'accouchements, c'est qu'ils ont peur des accidents : la pratique de l'accouchement sous ses diverses formes est un acte manuel que tout médecin sans exception doit savoir pratiquer.

Nous aimons à croire que les praticiens, plus instruits dans l'art de l'accouchement, refuseront beaucoup moins qu'actuellement leur assistance aux femmes en état de gestation et aux parturientes, et la natalité n'aura qu'à y gagner, car le rôle des sages-femmes sera, de ce fait, amoindri.

Reste la question des *stages dits de spécialités*. L'enseignement des spécialités proprement dites doit être supprimé et *reporté après la thèse*, puisqu'il est démontré par l'expérience qu'une culture générale médicale est obligatoire pour tous les médecins. C'est une fois docteur que l'on étudierait spécialement la technique chirurgicale, la radiologie, l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie. Par contre, nous demandons que les stages de médecine infantile, de neurologie, de dermato-vénéréologie et de maladies infectieuses soient maintenus.

Tel devrait être compris le séjour des étudiants à l'hôpital à partir de la 3e année. Il serait très utile, d'un autre point de vue, de les intéresser plus directement à la vie du service dont ils font partie, par exemple, en leur faisant prendre des gardes à tour de rôle avec leurs internes.

En ce qui concerne les matières théoriques, les cours de pathologie donnés à la Faculté doivent demeurer dans leur état actuel, qui nous paraît excellent, parce qu'ils sont une mise au point des progrès scientifiques dans le domaine médical. Il est regrettable que, pour diverses raisons, ils ne soient pas toujours suffisamment fréquentés ; à noter *le chevauchement des horaires avec certains autres cours*, qui relève d'une mauvaise organisation à l'intérieur de la Faculté.

Les autres matières théoriques du second cycle demeureront : l'*anatomie pathologique*, dont l'enseignement est remarquablement organisé, la *bactériologie*, la *pathologie expérimentale*, la *parasitologie* réduite à l'étude des maladies parasitaires courantes (une quinzaine au maximum), la *pharmacologie*, l'*obstétrique*, la *thérapeutique*, l'*hygiène* et la *médecine légale*, dont l'enseignement a été très bien conçu naguère par le professeur Balthazard : « On pourrait toutefois ajouter à cet enseignement un certain nombre de cours précisant le rôle et le but de la médecine sociale (médecine d'usine, fonctionnement des dispensaires de l'O. P. H. S., mécanisme des dispensaires antituberculeux et de vénéréologie, et inspection médicale des écoles, assurances sociales). Il serait bon qu'en médecine légale soit développé cet enseignement si pratique d'une certaine *psychiatrie*, enseignement qui se donnait habituellement au dispensaire de la Préfecture de Police ; des examens pratiques de malades arrêtés depuis vingt-quatre heures par la police devraient être faits devant les stagiaires à raison de trois séances d'une heure par semaine pendant deux mois. Si cet enseignement existait, il ne serait pas nécessaire que l'étudiant soit tenu de faire un stage dans une clinique de psychiatrie ; il aurait vu à la Préfecture de Police tous les cas pathologiques qu'il peut être appelé, comme praticien de médecine générale, à examiner avant de prononcer un internement. »

2. Travaux pratiques. — Afférant aux divers cours ci-dessus cités, ils doivent être maintenus. Nous ferons exception pour la *médecine opératoire*, exigeant une adaptation à la pratique de la *petite chirurgie* que tout médecin doit connaître : celui-ci est appelé à de fréquentes urgences nécessitant souvent des ligatures artérielles et autres interventions d'attente pour permettre l'arrivée du chirurgien ou l'envoi du blessé en clinique. La Faculté se doit de préparer un programme simple et court et d'abandonner toutes les opérations du genre Lisfranc ou Chopart.

3. La sixième année. — La création de la 6e année a été la plus heureuse innovation de la dernière réforme des études médicales en 1934. Elle avait été réclamée depuis fort longtemps par la *Confédération des Syndicats médicaux* et *l'Association corporative des Étudiants en médecine de Paris*.

L'avantage essentiel de cette année devait être d'adapter l'étudiant à ses futures fonctions de médecin en l'obligeant à prendre ses responsabilités en présence d'un diagnostic à faire ou d'une thérapeutique à établir. Pour cela

on avait prévu, avec M. le doyen Roussy et M. le Dr Cibric, la *répartition de tous les étudiants de 6e année dans tous les hôpitaux de France et d'Algérie*, de telle façon qu'ils eussent été très peu nombreux dans chacun d'eux. Ils devaient y remplir des fonctions d'interne sous le titre de « stagiaire résidant », et on avait prévu des ententes individuelles entre les facultés et les commissions administratives des hôpitaux de leur ressort respectif. Ces stagiaires résidants devaient être logés, nourris et rétribués en rapport avec les services rendus. Mais le projet trop beau, trop *réaliste*, ne fut pas exécuté.

La guerre étant survenue, aucune de ces mesures n'a été mise à l'étude, et aujourd'hui cette 6e année ne répond pas du tout à ce que ses créateurs avaient voulu qu'elle fût.

C'est pourquoi certains projets actuels demandent la suppression de cette dernière année de doctorat.

L'*Association corporative* demande au contraire la reprise intégrale du projet primitif de 1934 et l'établissement de statut de « stagiaire résidant ».

Remarquons que cette organisation serait mise facilement sur pied et que beaucoup de municipalités ne demanderaient pas mieux que d'assurer par ce procédé le recrutement régulier des internes de leurs hôpitaux.

4. L'ENTENTE PRATIQUE ENTRE LA FACULTÉ ET L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Chacun a eu le loisir de remarquer dans la fréquentation hospitalière que seul l'étudiant titulaire d'une fonction hospitalière, interne ou externe, est considéré comme chez lui à l'hôpital. La masse des étudiants stagiaires, par contre, est beaucoup trop laissée à l'écart de l'intimité des services.

Nous pensons qu'il y a une réforme matérielle et morale urgente à réaliser, qui n'entraînerait que peu de frais pour le budget de l'Administration. Tout étudiant devrait être pourvu d'un vestiaire individuel, d'une blouse et d'un tablier pour l'Assistance publique, afin qu'il puisse conserver à l'hôpital les documents provenant de l'examen de ses malades.

Nous voudrions voir également se réaliser une atmosphère de relations plus cordiales entre tout le personnel médical, étudiant et infirmier des services de l'Assistance publique. Il faut que les surveillantes et les infirmières cessent de considérer les stagiaires comme un « poids mort » encombrant et inutile.

Nous faisons ici même un appel pressant à M. le Directeur général de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, ainsi qu'à M. le Doyen de la Faculté, afin qu'ils prennent des mesures donnant le plus tôt possible satisfaction à ces doléances.

5. LA THÈSE ET LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE. — *L'Association corporative ne désire pas voir abolir le grade de docteur en médecine*, que d'aucuns voudraient supprimer. Ce grade sera toujours sanctionné par la soutenance d'une *thèse* scientifique ayant trait à tous les problèmes que peut soulever la médecine ; c'est après la 24e inscription et les examens de clinique que l'étudiant sera appelé à défendre ses idées devant le jury. Il serait très regrettable que, dans l'Université, la Faculté de Médecine soit seule à ne pas délivrer ce vieux grade de docteur, d'après un travail personnel, et signé de l'impétrant, sous sa responsabilité.

Nous sommes très surpris de constater qu'un courant d'opinion s'est dessiné en faveur du rétablissement de deux classes de médecins, la masse des praticiens représentée par des « infirmiers supérieurs » (le mot a été prononcé en haut lieu) et une minorité de médecins qui aurait droit au bonnet carré et au port de la robe.

IV. — LES SPÉCIALITÉS

Leur étude doit être reportée après la thèse. A ce moment, nous demandons qu'un enseignement complet soit organisé pour chacune d'elles, avec scolarité obligatoire d'une durée de deux ans. Évidemment le docteur en médecine qui s'inscrira pour ces diverses études sera, à l'hôpital, initié d'une façon totale à la pratique intégrale de son art. Il faut rompre ici avec les cours exclusivement théoriques. Ces études donneront droit à l'obtention d'un certificat dit « de spécialité », qui sera délivré après un examen sérieux. Le titulaire dudit certificat pourra seul se qualifier spécialiste.

Par contre, il ne sera pas interdit à un docteur en médecine, quel qu'il soit, de pratiquer telle ou telle spécialité, mais il ne sera pas spécialiste *qualifié* s'il n'a pas obtenu le certificat en question.

(Voir suite page V.)

Les certificats envisagés pourraient être ceux :
D'ophtalmologie ;
D'oto-rhino-laryngologie ;
De radiologie;
De psychiatrie ;
et ceux-ci seulement sous peine de les voir se multiplier à l'infini à l'usage de chaque maladie ou de chaque organe.

Quant à la *chirurgie générale*, l'Association corporative estime que deux années de stage, quelles qu'elles soient, sont inopérantes. Elle propose une mesure qui peut paraître révolutionnaire, mais qui ne doit blesser personne, à savoir *la reprise du projet de feu le professeur Quénu.*

La plupart des maîtres de la chirurgie, vu l'évolution de cette science, se sont ralliés à l'idée de créer une École de Chirurgie, qui délivrerait un *brevet* de chirurgien, après des études sérieuses. L'Académie de chirurgie est toute désignée pour organiser cette école, et nous croyons savoir qu'elle y est favorable.

Mais nous tenons à proclamer que, dans un but d'union et d'unité médicales, nous ne désirons pas voir créer le grade de « docteur en chirurgie » qui a déjà existé sous Louis-Philippe, et surtout dans l'armée.

V. — LES CONCOURS

Les concours doivent être maintenus pour assurer la formation indispensable de l'élite dans laquelle se recrutent les « enseigneurs » et les chefs de service des grands hôpitaux. L'*externat* et l'*internat* des hôpitaux sont à la médecine ce que l'École normale supérieure est aux lettres et aux sciences, et il ne faut pas, par inutile démagogie, détruire ces cadres excellents de la jeunesse médicale.

Par leur préparation aux concours et par les fonctions hospitalières que ceux-ci leur ouvrent, ces futurs médecins acquièrent une pratique complète de l'art médical et en font bénéficier à l'hôpital leurs camarades moins favorisés.

Dans l'exercice de la médecine, peu à peu les distances disparaissent entre les anciens internes, les anciens externes et les ex-stagiaires, qui constituent dans la nation un amalgame de médecins échangeant leurs connaissances réciproques pour le plus grand bien des malades.

Vouloir supprimer une telle élite équivaudrait au retour au nivellement par en bas, contre lequel s'est toujours élevée l'*Association corporative des Étudiants en Médecine de Paris*, même à l'époque où notre cher maître le professeur Pierre Delbet nous appelait avec humour « le syndicat rouge de la rue Dante ».

Notre délégué permanent, Maurice Mordagne, s'est entretenu souvent de cette question des cadres de la jeunesse médicale hospitalière avec le très regretté Émile Sergent, l'ami de cette maison ; il tient à dire qu'ils étaient d'accord avec l'*Association corporative* pour mener actuellement une campagne en faveur du maintien de l'internat. Dans le but d'éviter la dualité de travail pénible entre la préparation aux examens d'anatomie et physiologie, d'une part, et celle de l'externat, d'autre part, on pourrait exiger huit inscriptions pour prendre part à ce concours.

Nous prenons ici position contre la suppression de l'internat, parce que nous savons de source certaine qu'elle est envisagée en haut lieu ; l'internat serait remplacé par la création du poste de médecin assistant-résidant, recruté *au choix* et *sur titres* ; il ne le faut pas, car l'internat a été jusqu'à ce jour une véritable école du bon médecin. Dans le cas contraire, il faudrait attendre d'être docteur pour bénéficier des avantages de ce nouveau poste !

L'internat a derrière lui une trop ancienne tradition pour que, sans nécessité, il disparaisse au bénéfice d'une nouvelle fonction totalement injustifiée, et pour le recrutement de laquelle l'arbitraire régnerait en maître. On n'arrive pas à comprendre les raisons qui poussent les négateurs du passé contre une institution si florissante et ayant fait ses preuves.

Telles sont les idées générales que le Comité de l'*Association corporative des Étudiants en Médecine de Paris* a fait décider au cours des deux assemblées générales de 1943, celle d'hiver et du printemps, d'exposer dans le présent rapport.

Pour le Comité : Le président,

A. Le Flanchec.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 15 juin 1943.

Accidents d'allure occlusive par adénite mésentérique chez le jeune enfant. — M. H. OBERTHUR et Mme ODIER-DOLLFUS rapportent les observations de deux enfants de quatorze mois et quatre ans opérés pour un syndrome douloureux avec paroxysmes, légère contracture, chez lesquels on constata une adénopathie généralisée à tout le mésentère. Guérison simple. La tuberculose pouvant être éliminée, il s'agirait d'une réaction ganglionnaire anormale par son ampleur au cours d'une infection intestinale banale.

M. J. HALLÉ a observé des syndromes douloureux abdominaux d'étiologie ignorée.

M. E. SORREL. — Dans un cas de crises douloureuses intenses, lesdites crises ont été supprimées par intervention sur un orifice ombilical un peu grand.

M. L. TIXIER. — Les syndromes douloureux abdominaux sont fréquents chez les enfants nerveux et arthritiques.

Épingle de sûreté ouverte, pointe en haut, dans l'œsophage d'un nourrisson de sept mois. Extraction endoscopique. — M. MARCEL OMBRÉDANNE. — Les corps étrangers sont toujours dramatiques chez le nourrisson. Le cas semblait particulièrement épineux. On a refoulé l'épingle dans l'estomac, on l'a fait pivoter sur la boule d'articulation, et l'extraction a ensuite été aisée.

M. G. HUC a vu également une épingle ouverte arrêtée au cardia. On l'a poussée dans l'estomac, d'où on l'a retirée. Des crises de suffocation ont persisté très longtemps.

M. MARCEL OMBRÉDANNE. — Chez le nourrisson, le danger, c'est l'apnée, par suite du choc dû à l'œsophagoscopie.

Un cas d'absence congénitale du poumon gauche. — MM. MARCEL LELONG, J. LEMARQUE, CHARONNET et TANGE présentent un nourrisson de vingt-six mois porteur d'un bec-de-lièvre, et chez qui ils ont constaté une absence congénitale du poumon gauche. Cliniquement et radiologiquement l'affection simule une atélectasie, mais la bronchographie lipiodolée et la bronchoscopie démontrent l'absence d'arbre broncho-pulmonaire à gauche. Cette malformation coïncide avec un foyer d'ectasie bronchique à la base droite Il est impossible de mettre en évidence la malformation du pédicule vasculaire vraisemblablement associée. La croissance pondéro-staturale est tellement retardée qu'il est permis ici de parler de nanisme pulmonaire.

M. R. MARQUÉZY. — Lorsqu'on enlève un poumon, le poumon du côté opposé emplit l'hémithorax. On peut se demander qu'est-ce qui chez ce sujet donne l'opacité de tout l'hémithorax.

M. M. LELONG. — Il s'agit probablement de tissu cellulo-graisseux. Le diaphragme gauche est mobile.

M. JULIEN MARIE. — Il est légitime de parler ici d'in-

fantilisme pulmonaire analogue à celui réalisé expérimentalement.

Polydysplasie ectodermique avec hypotrichose et anodontie. — MM. MARCEL LELONG, DECHAUME, VIALATTE et CHAROUSSET présentent un jeune garçon de sept ans atteint de cette curieuse dystrophie, que Touraine a fait connaître en France en 1576. Cheveux clairsemés, courts, fins, secs, avec plages d'alopécie ; sourcils rares ; pas de duvet ni de poils sur le reste du corps. Les anomalies dentaires sont importantes (absence de dents, dystrophies des dents présentes). Il n'y a pas d'anhydrose, la sécrétion sudorale étant cependant diminuée. Sur la peau, nombreuses taches pigmentaires.

M. M. LAMY, à propos d'un cas analogue, a étudié le caractère familial ; l'affection s'observe toujours chez le garçon et l'on ne trouve rien dans l'ascendance directe. Il a cependant vu une fille dont la mère avait les mêmes malformations dentaires.

M. R. CLÉMENT demande comment l'enfant supporte les variations de température et quelle est sa courbe thermique. Les sujets dépourvus de glandes sudoripares ou dont la sudation est diminuée sont particulièrement exposés aux coups de chaleur.

M. M. LELONG. — Une biopsie a permis de constater l'existence de glandes sudoripares, et la sudation n'est pas complètement supprimée.

M. J. HALLÉ a observé un enfant sans cheveux ni poils. Après quatre mois de traitement thyroïdien, tout était rentré dans l'ordre.

A propos du pronostic de la diphtérie maligne. — MM. PAUL GIRAUD, J. SENEZ et J. MARCORELLES (Marseille). — Les auteurs rapportent l'observation d'un enfant de sept ans et demi qui a présenté, à la suite d'une angine diphtérique localement grave, un syndrome malin secondaire avec azotémie à 1gr,20 et de graves troubles myocardiques. Les tracés électro-cardiographiques ont montré successivement et à quelques jours d'intervalle un fort ralentissement de la conduction dans la branche droite, une anarchie ventriculaire de type agonique, un block des arborisations avec dissociation a. v. complète, enfin un *reciprocal rythm*.

Malgré ce tableau qui pouvait laisser présager un pronostic fatal, le taux de l'azotémie est redevenu normal le dix-neuvième jour, en même temps que se rétablissait la commande sinusale. Ultérieurement se déclara une polynévrite généralisée, mais la petite malade finit par guérir.

La thérapeutique a consisté dans une sérothérapie intensive (178 000 unités antitoxiques), dans des injections de désoxycorticostérone à la dose quotidienne de 12 milligrammes, et dans la strychnothérapie, qui a atteint 24 milligrammes par jour.

Les auteurs insistent sur la grande rareté de l'évolution favorable lorsque l'azotémie dépasse le taux d'un gramme et qu'il existe des atypies majeures de l'électro-cardiographie (dissociation a. v. ou block de branche). S'il est vrai que le pronostic d'un syndrome aussi complexe que la malignité diphtérique ne saurait se borner au seul examen des fonctions rénale et myocardique, l'azotémie et l'électro-cardiographie constituent néanmoins en pratique ses meilleurs et ses plus sûrs éléments. Se basant sur leur expérience personnelle, les auteurs estiment que les renseignements fournis par l'électro-cardiographie sont en général sensiblement équivalents à ceux de l'azotémie, bien que peut-être un peu moins constants et un peu plus tardifs.

Par ailleurs, les auteurs interprètent l'extrême variabilité des troubles électro-cardiographiques au cours de la diphtérie maligne comme une preuve de plus en faveur des conceptions récentes qui voient dans les syndromes infectieux malins une manifestation fonctionnelle d'origine neuro-végétative.

M. R. MARQUÉZY a vu guérir une diphtérie maligne avec 1gr,20 d'urée dans le sang et d'autres malades succomber avec une azotémie légère. On a exagéré l'importance de l'azotémie, qui n'est qu'un signe dans un complexe.

M. M. LAMY a aussi constaté des résultats ne concordant pas avec le taux de l'azotémie.

Réticulo-sarcome du fémur. — M. BARCAT.

Maladie de Bouillaud abarticulaire ; pleurésie, péritonite, endocardite. Efficacité du traitement salicylé prolongé sur l'endocardite. — MM. M. JAMBON, J. CHAPTAL et P. CAZAL (Montpellier).

Emphysème sous-cutané généralisé dans la diphtérie laryngée. Contribution à sa pathogénie. — MM. JAMBON, J. CHAPTAL et J. ANDRÉANI (Montpellier).

FR. SAINT-GIRONS.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Jean Chalut, inspecteur de la Santé de la Vienne. — M. Jacques Chateau, fils du Dr Chateau. — Le Dr Edmond Debonnelle (de Paris).

FIANÇAILLES. — Mlle Jeanne-Marie Autier, fille du Dr Autier (de Maubeuge), et M. Max Jacquet.

MARIAGE. — Le Dr Lherminez (de Raimbeaucourt, Nord), avec Mlle Marguerite Vautier.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Longuet font part de la naissance de leur fille Martine. — Le Dr et Mme Champeau font part de la naissance de leur fille Geneviève. — Le Dr et Mme G. Darmaillacq font part de la naissance de leur fils Alain. — Le Dr et Mme E. Orliac font part de la naissance de leur fille Corinne. — Le Dr et Mme P. Lengrand font part de la naissance de leur fille Annie. — Le Dr et Mme Fruehart-Pennel (de Béthune) font part de la naissance de leur fille Christine. — Le Dr et Mme Raoul Perrot font part de la naissance de leur fille Véronique. — Mme et le Dr Maurice Letailleur, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Rouen, replié à Clermont-de-l'Oise, font part de la naissance de leur troisième enfant Jean.

FACULTÉS

Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille. — Un concours d'agrégation de physiologie aura lieu au début d'octobre 1943.

En juillet et octobre 1944 auront lieu des concours d'agrégation :

Pour une place d'agrégé de chirurgie ;

Pour une place d'agrégé d'ophtalmologie ;

Pour une place d'agrégé de bactériologie ;

Pour une place d'agrégé de médecine légale et médecine sociale.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté libre, 1, rue François-Baës, à Lille. L'agrément de Mgr le Recteur doit être demandé.

Le concours pour une place d'agrégé d'histologie, qui s'est ouvert le 22 juin dernier, s'est terminé par la nomination de M. Cordonnier.

Laboratoire de biologie expérimentale de l'École pratique des Hautes-Études. — Des séances de techniques biologiques et pharmacodynamiques avec manipulations individuelles auront lieu au laboratoire de biologie expérimentale de l'École des Hautes-Études, à la Faculté de Médecine, à partir du lundi 11 octobre 1943.

Inscription au laboratoire l'après-midi des lundi, mercredi, vendredi, de 14 à 18 heures. Nombre de places limité.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour les prix à décerner à MM. les Élèves internes en médecine de quatrième année. — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 17 janvier 1944, à 9 heures, à la salle du Conseil de Surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria, 2e étage.

Les élèves qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, escalier A, 2e étage, tous les jours, de 14 à 17 heures, du 3 au 15 novembre 1943 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Bureau du Service de Santé au plus tard le lundi 15 novembre 1943, à 17 heures, dernier délai.

Concours de chirurgie et d'accouchement. — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 20 janvier 1944, à 9 heures, à la salle du Conseil de Surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria, 2e étage.

Les élèves qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, escalier A, 2e étage, tous les jours, de 14 à 17 heures, du 3 au 15 novembre 1943 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Bureau du Service de Santé au plus tard le lundi 15 novembre 1943, à 17 heures, dernier délai.

HOPITAL-HOSPICE DE SALINS-LES-BAINS (Jura). — Un concours sur titre et sur épreuves aura lieu en octobre prochain devant la Faculté de Médecine de Lyon, en vue de la nomination d'un chirurgien, chef de service. S'adresser à M. le Directeur régional de la Santé, 56, passage de l'Hôtel-Dieu, à Lyon, avant le 30 septembre prochain.

PRÉVENTORIUM DE FLAVIGNY-SUR-MOSELLE

Il sera ouvert à la Faculté de Médecine de Nancy un concours sur épreuves et sur titres pour un poste de médecin résidant du préventorium de Flavigny-sur-Moselle (Meurthe-et-Moselle), dépendant de l'Office d'Hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle, dans les

conditions prévues par le décret du 3 août 1942 (*Journal Officiel* du 14 février 1943).

Les épreuves comprendront :

1° Des épreuves orales, une question de thérapeutique clinique, de phtisiologie et de pédiatrie.

Pour chacune : coefficient 20.

2° Des épreuves cliniques : examen d'un malade de phtisiologie et de pédiatrie.

Pour chacune : coefficient 30.

3° Une épreuve sur titres : coefficient 10.

Les candidats devront adresser leurs demandes au directeur régional de la Santé et de l'Assistance, 9, rue Sainte-Catherine, à Nancy, avant le 1er novembre 1943, dernier délai.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre des Médecins. — Conseil régional de la Côte-d'Or. — Le Conseil régional de l'Ordre des Médecins de Dijon est constitué ainsi qu'il suit :

Président : M. le Dr Morel (Côte-d'Or).

Membres : MM. les Drs Florentin (Côte-d'Or), Jacquet (Belfort), Ledoux père (Doubs), Petit (Nièvre), Championnet (Haute-Saône), Dufour, Level (Saône-et-Loire), Masson (Yonne).

Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à l'École du Service de Santé à la suite des épreuves du concours de 1943. — Par décision ministérielle du 24 août 1943, sont nommés élèves de l'École du Service de Santé :

1° Section de médecine. — a. *Catégories P. C. B.* : MM. 1. Tantot (G.) ; 2. Tournier-Lasserve (C.) ; 3. Peloux (Y.) ; 4. Tanguy (J.) ; 5. Deroy (A.) ; 6. Vincent (J.) ; 7. Crozet (L.) ; 8. Terrail (J.) ; 9. Prunieras (M.) ; 10. Paulin (R.) ; 11. Natter (P.) ; 12. Bouge (Y.) ; 13. Ducœur (J.) ; 14. Brisgand (M.) ; 15. Le Bourdelles (R.) ; 16. Perot (G.) ; 17. Delas (A.) ; 18. Maire (A.) ; 19. Bataille (R.) ; 20. Stupfel (M.) ; 21. Lafay (H.) ; 22. Picaud (F.) ; 23. Coudier (R.) ; 24. Bouyne (M.) ; 25. Lespiau (J.) ; 26. Cochet (M.) ; 27. Martin (P.) ; 28. Mas (J.) ; 29. Clergeaud (M.) ; 30. Gros (A.) ; 31. Pierre (M.) ; 32. Ravisse (P.) ; 33. Montségur (Y.) ; 34. Sartbre (B.) ; 35. Franck de Préaumont (C.). 36. Lemaitre (J.) ; 37. Thévenot (P.) ; 38. Jacob (A.).

b. *Catégorie : 4 inscriptions.* — MM. 1. Landon (A.) ; 2. Davidou (P.) ; 3. Magerand (F.) ; 4. Le Damany (P.) ; 5. Damasio (A.) ; 6. Gandois (R.) ; 7. Chapoux (R.) ; 8. Charpentier (H.) ; 9. Memin (Y.) ; 10. Noirot (J.) ; 11. Monteux (J.) ; 12. Perandello (E.) ; 13. Gillet (B.) ; 14. Letard (R.) ; 15. Noger (C.) ; 16. Perrot (B.) ; 17. Fouche (G.) ; 18. Duchier (L.) ; 19. Tarel (A.) ; 20. Heraud (F.) ; 21. Jaulmes (B.) ; 22. Mauvais (J.) ; 23. Ganas (P.).

c. *Catégorie : 8 inscriptions.* — MM. 1. Cheynet (M.) ; 2. Planel (H.) ; 3. Dementhon (L.) ; 4. Massacrier (A.) ; 5. Fayolle (J.) ; 6. Guedel (J.) ; 7. Camarasa (J.) ; 8. Tartulier (M.) ; 9. Désangles (J.) ; 10. Lesbros (M.) ; 11. Carmignac (M.) ; 12. Delacroix (P.) ; 13. Magerand (P.) ; 14. Servantie (G.) ; 15. Hivert (P.) ; 16. Lagabrielle (B.) ; 17. Gaspard (F.) ; 18. Petit (J.-F.) ; 19. Baudoin (G.).

d. *Catégorie : 12 inscriptions.* — MM. 1. Juillet (P.) ; 2. Guillermet (J.) ; 3. Sarles (H.) ; 4. Hertz (R.) ; 5. Soulier (A.) ; 6. Goursolas (F.) ; 7. Gallon (P.) ; 8. Hollender (L.) ; 9. Boyer (J.) ; 10. Vialetel (R.) ; 11. Monier (R.) ; 12. Kaminzer (F.) ; 13. Pernelle (M.) ; 14. Verler (J.) ; 15. Niquet (G.) ; 16. Lacorre (J.) ; 17. Pette (F.).

2° Section de pharmacie. — a. *Catégorie : stagiaires.* — MM. 1. Fremond (Y.) ; 2. Morin (G.) ; 3. Cormery (J.) ; 4. Lafitte (A.).

b. *Catégorie : 4 inscriptions.* — MM. 1. Bourbon (P.) ; 2. Nardin (A.).

Tous ces élèves recevront une lettre de nomination et une notice de renseignements indiquant la date à laquelle ils devront rejoindre l'École du Service de Santé et les formalités à accomplir.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique de la tuberculose. — Hôpital Laennec : professeur Jean Troisier. — Nous rappelons qu'un cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires aura lieu du 18 octobre au 26 novembre 1943 et qu'il sera suivi, du 29 novembre au 11 décembre 1943, d'un cours théorique et pratique sur les méthodes de Laboratoire appliquées au diagnostic de la Tuberculose. Droits d'inscription : 500 francs pour le premier cours, 500 francs pour le second cours et 800 francs pour l'ensemble des deux cours.

Renseignements et inscriptions : Clinique de la Tuberculose tous les matins, de 10 heures à midi (Dr Brouet), et au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), tous les matins de 10 heures à midi et les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

Cours de radiologie clinique. — M. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours, commencera le vendredi 1er octobre 1943, à 17 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure, une série de leçons consacrées à l'usage des Notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical, d'interprétation radiologique et de radiothérapie (rœntgenthérapie et curiethérapie).

Programme des leçons :

Vendredi 1er octobre 1943. — Les images radiologiques et leur production. Notions générales d'interprétation. Corps étrangers.

Lundi 4 octobre. — Appareil locomoteur : os et articulations.

Mercredi 6 octobre. — Appareil locomoteur (*suite*).

Vendredi 8 octobre. — Appareil digestif. Œsophage. Estomac.

Lundi 11 octobre. — Appareil digestif. Duodénum. Intestin grêle. Côlon.

Mercredi 13 octobre. — Appareil digestif. Côlon (*suite*). Foie et voies biliaires.

Vendredi 15 octobre. — Thorax. Appareil circulatoire (cœur, vaisseaux). Appareil respiratoire.

Lundi 18 octobre. — Thorax. Appareil respiratoire (*suite*).

Mercredi 20 octobre. — Appareil urinaire.

Vendredi 22 octobre. — Appareil urinaire (*suite*). Appareil génital.

Lundi 25 octobre. — Radiobiologie. Radiosensibilité des éléments. Généralités sur la radiothérapie et la curiethérapie.

Mercredi 27 octobre. — Principales applications de la rœntgenthérapie et de la curiethérapie.

Ces leçons seront accompagnées de projections, et, à la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants, aux externes et aux internes des hôpitaux, ainsi qu'aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radiodiagnostic clinique et de la radiothérapie basés sur l'emploi des techniques les plus récentes.

REVUE DES LIVRES

DERNIERS OUVRAGES PARUS A LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLÈRE ET FILS

Les Régimes des gastropathes, par P. Carnot, membre de l'Académie de médecine, 1 vol. de 128 pages (Collection : Les Thérapeutiques nouvelles), 40 francs.

Indications chirurgicales en pratique courante, par R. Dieulafé, 1 vol. de 170 pages, 75 francs.

Éducation physique et Contrôle médical, par R. Fabre, L. Merklen et P. Chailley-Bert, 1 vol de 240 pages, 75 francs.

Pages choisies d'homéopathie, par M. Lavarenne, 1 vol. de 216 pages, 65 francs.

Vade-mecum de matière médicale, par L. Reutter, ancien professeur agrégé à l'Université de Genève, 1 vol. de 318 pages, 140 francs.

La primo-infection tuberculeuse. Dépistage et traitement par le Dr Franck Tissot. Préface du Dr Courcoux. Un volume in-8° de 100 pages. (*Masson, éditeur.*)

On sait l'importance de la notion de primo-infection dans l'étude clinique de la tuberculose, particulièrement chez l'enfant. Cette importance apparaît plus nettement encore à la période actuelle où l'on note une recrudescence et une réelle aggravation des primo-infections. Aussi, le petit livre du Dr Franck Tissot vient-il à son heure.

De longue date spécialisé dans l'étude et les soins des jeunes enfants, il apporte dans son exposé les résultats d'une expérience et d'une observation clinique puisées à la source même, chez de nombreux enfants à lui confiés. Il peut montrer par des exemples personnels les conditions de la contagion, les caractères cliniques des primo-infections, les éléments du diagnostic et surtout les bases du traitement climatique et des soins collectifs ou individuels.

Son livre, éminemment pratique, très clair, plein de bon sens clinique, expose bien tous les aspects du problème, en précise l'importance et, comme le dit le Dr Courcoux dans sa préface, « nombreux sont ceux qui, voulant s'éclairer sur la primo-infection, feront à cet ouvrage le succès qu'il mérite ».

Le Pharmacien et la Famille. — Une plaquette in-4° illustrée. Office de propagande générale, 37, rue de Lille, Paris, juin 1943.

Cette plaquette, publiée et répandue par les soins du *Commissariat général à la Famille*, vient à son heure et expose d'une manière claire et précise le rôle que peut jouer le pharmacien dans la lutte actuellement entreprise contre l'avortement. Elle montre quelle action personnelle il peut avoir dans la lutte contre la dénatalité s'il a l'esprit familial, quel service social il peut remplir dans ce domaine. Les exposés du Dr Aublant, secrétaire général de la Santé, de M. L. Papillaud, président du Conseil supérieur de la Pharmacie, du Dr André Patoir médecin des hôpitaux de Lille, qui précise le rôle direct du pharmacien dans la lutte contre l'avortement, tant par ses conseils qu'en refusant la délivrance des soi-disant médicaments abortifs, dont le bilan nocif est lourdement chargé, ceux de nombre d'autres spécialistes de ces questions seront lus avec profit non seulement par les médecins, mais par tous ceux que préoccupe le problème de la dénatalité. Abondamment illustrée d'une manière aimable et spirituelle qui repose les yeux après ces exposés montrant toute la gravité de ce problème, la plaquette qui vient de paraître peut aider à mieux faire connaître le péril mortel pour notre pays contre lequel une lutte énergique doit être engagée. Quelques mesures simples et efficaces doivent être prises, que les pharmaciens peuvent et doivent contribuer à appliquer. Cette brochure facilitera leur mise en œuvre.

P. Lereboullet.

VARIÉTÉS

MÉDECINE PRÉVENTIVE ET MÉDECINE SOCIALE

On entend dire que médecine préventive et médecine sociale sont très proches ou même que pratiquement elles se confondent. Nous croyons et voudrions démontrer que cette opinion est erronée.

L'humanisme est la construction de l'homme, son élévation, son épanouissement et, s'il le faut, sa réparation. S'il y a trois humanismes, un humanisme économique, dû à tous les travailleurs, un humanisme spirituel ou moral, longtemps réservé aux philosophes et aux littérateurs, et un humanisme sanitaire, la médecine fait partie de ce dernier.

Le champ de la médecine est un, quelle que soit la manière d'y travailler. La constance de son appel est vieille et respectable ; il réclame sans fin des examens et des soins mais, quant à leur but, il se subdivise en deux parties, l'une préventive et l'autre curative, dans laquelle entre la chirurgie.

La médecine dite préventive tâche d'éviter la maladie, laquelle est constituée par les formes lourdes de l'affection : formes typiques et formes frustes cliniquement soupçonnables (1). Elle n'évite pas à coup sûr les formes légères de l'affection : formes inapparentes respectant les attributs extérieurs de la santé, formes anonymes altérant celle-ci de façon insignifiante. Ces formes légères, qui sont le commencement de l'affection (2) et pas encore la maladie, la médecine préventive les recherche notamment par des examens périodiques, afin de les empêcher de se transformer en formes lourdes. Ainsi est-elle souvent abortive plutôt que strictement préventive.

Qu'ils poursuivent des fins préventives ou curatives, les actes médicaux sont des examens et des soins (*largo sensu*) (3). On aurait tort de penser que médecine de soins et médecine curative sont absolument synonymes. Les soins préventifs existent, l'administration attentive d'un vaccin ou d'un sérum en fournit la preuve.

Sur le terrain de la médecine préventive attendent des gens bien portants ou passant pour tels ; sur celui de la médecine curative attendent des malades. Le médecin va vers les uns et les autres, pourvu du savoir et de l'équipement dont ils ont besoin. Mais il n'est pas toujours désigné par celui dont il s'occupe, ni exclusivement honoré par celui dont il s'est occupé.

Ces contingences nous amènent à considérer la médecine libérale, la médecine sociale et la médecine publique. Celles-ci sont des manières différentes et non des terrains distincts comme le sont la médecine préventive et la médecine curative. En vue des actes médicaux à accomplir, chacune exige le même savoir et le même équipement que les autres. Par quoi vont-elles donc se distinguer entre elles ? Par le tiers payant et par le libre choix.

La *médecine libérale* met en présence le médecin et son client sans que soit prévue l'intervention de qui que ce soit afin d'aider celui-ci à honorer celui-là. Le client supporte seul tous les frais médicaux.

La *médecine sociale* appelle un tiers payant qui, pour le règlement partiel ou intégral de la note, apporte soit un secours (assistance), soit une contribution d'origine mutualiste (mutualité vraie ou assurance), soit une indemnité de remboursement ou de compensation (accident civil ou dommage militaire). Dans tous ces cas, la société s'interpose pour aider l'intéressé, immixtion que la complexité et le coût croissants des examens et des soins rendent de plus en plus fréquente (4). Cette protection force le médecin à connaître des lois, règlements, procédures et statuts nécessités par la mise en train du mécanisme administratif préétabli ; elle le force à prévoir et admettre des restrictions et contrôles légitimes. Toutefois, ces complications ne modifient pas le fond même de ses obligations professionnelles. Toujours et partout son devoir et sa raison d'être demeurent les mêmes : accomplir correctement des actes médicaux, faire des examens corrects, donner des soins corrects, et cela en vue d'écarter ou de guérir les formes lourdes de l'affection, formes lourdes qui sont traditionnellement définies par le mot maladie, pareillement compris par le populaire et par le médecin. Dès lors, il devient évident que la médecine préventive ne saurait être toujours dispensée avec le concours d'un tiers payant. Aujourd'hui comme par le passé, le mode ancien, le mode libéral a aussi des droits sur elle, droits du reste inhérents à des devoirs. Le terrain de la médecine préventive n'est pas réservé qu'à la manière de la médecine sociale.

Et *la médecine publique*, à quoi la reconnaître ? Jusqu'à plus ample réflexion, nous pensons que ce qui la caractérise, c'est l'absence du libre choix. Si vous allez d'une ville à l'autre dans votre voiture ou dans une automobile particulière pilotée par un conducteur de votre choix, vous usez d'un moyen de transport privé. Si vous y allez par le chemin de fer, vous ne fixez pas l'heure du départ et ne choisissez pas le mécanicien du train : vous utilisez un véhicule public, et le fait de payer votre place au tarif ordinaire n'y change rien. De même, si vous vous rendez à l'hôpital de votre quartier, vous ne choisissez pas l'heure de consultation ni le médecin qui vous examinera ou soignera. Vous « tombez », diront les pessimistes, dans la médecine publique, dans la médecine « omnibus ». Naturellement, médecine publique et médecine sociale s'associent souvent, un même individu pouvant être privé du libre choix et assisté d'un tiers payant (5). Elles se concurrencent quand le tiers payant permet de conserver le libre choix, sauvegarde précieuse.

En résumé, médecine libérale, médecine sociale et médecine publique sont compatibles soit avec la médecine préventive, soit avec la médecine curative. Les étudiants en médecine ont avant tout à apprendre la médecine, à s'enrichir difficilement des notions innombrables qui leur permettront de faire de bons examens et de donner de bons soins. Le reste est secondaire (ce qui ne signifie pas négligeable), car le reste a trait à une organisation surajoutée, paramédicale, qui, malgré son importance, vient après le principal, c'est-à-dire après l'acte médical. Que les étudiants destinés à devenir des praticiens soient au courant de cette organisation, c'est assurément indispensable, mais qu'on ne leur affirme pas que cette étude est pour eux d'un intérêt primordial et qu'elle doit être mise sur le même plan que celle de la médecine. C'est faux et dangereux. C'est dangereux pour la juste distribution de leurs efforts, et, par conséquent, dangereux pour leur formation professionnelle, dangereux pour leurs futurs protégés.

PIERRE JOANNON.

(1) Voir « Remarques sur les formes lourdes et les formes légères de l'infection » (*Annales d'hygiène*, mai-juin et septembre-octobre 1943).

(2) Au sens facultativement chronologique.

(3) Il va de soi que les soins n'impliquent pas toujours l'intervention manuelle du médecin ; ils consistent communément en des conseils invitant le patient à se traiter ou comporter d'une certaine façon. Directs ou indirects, ils sont demandés au médecin, émanent de lui et engagent sa responsabilité. Ils sont la sanction consécutive au jugement qu'est le diagnostic, diagnostic positif — existence de telle maladie — ou négatif — absence de maladie. — Le premier type de diagnostic est celui sur lequel se base la médecine curative ; le second, celui sur lequel la médecine préventive aime à s'appuyer, par exemple pour entreprendre une immunisation inoffensive.

(4) La médecine sociale doit être équitable. Elle n'est pas une médecine de charité et ne saurait se développer aux dépens d'un corps médical plus ou moins sacrifié. Si on invoque, d'ailleurs à bon droit, des motifs d'ordre économique et même psychologique pour justifier ses progrès, on a le devoir de ne pas perdre de vue les intérêts matériels et moraux de ceux qui la dispensent. Son organisation doit protéger le budget de l'individu ou de la famille sans nuire au budget du médecin. Budget, est-ce assez dire ? De part et d'autre, l'équilibre n'est pas que financier. Exigeante et raffinée, la défense moderne de la santé publique s'oppose, comme par définition, à l'oisiveté et à l'humiliation des praticiens. Elle veut en même temps, et pour les mêmes raisons, une population bien portante et des médecins heureux.

(5) On confond assez fréquemment hygiène et médecine publique, surtout celle qui est à tendance préventive. Les hygiénistes de carrière sont essentiellement des organisateurs, des architectes de la santé. Un inspecteur départemental et *a fortiori* un directeur régional a surtout pour mission d'administrer. Sans doute met-il parfois la main à la pâte, en accomplissant certains actes médicaux, par exemple des examens systématiques, à propos d'une surveillance sanitaire motivée par une épidémie, ou des immunisations. Mais le plus souvent il doit compter sur des praticiens de la médecine curative ou de la médecine préventive pour le fonctionnement des organismes de médecine publique dont il a la charge ou le contrôle : hôpitaux, dispensaires antituberculeux ou antivénériens, services médico-sociaux divers, notamment scolaires, etc...

ARMEMENT SANITAIRE ET URBANISME

Des villes françaises sont détruites. On devra les reconstruire avec sagesse, la vraie, celle qui met hardiesse et raison au service l'une de l'autre. L'urbanisme en profite pour se découvrir une importance qu'on ne peut lui refuser, tout en hésitant à reconnaître à certains néo-urbanistes la vocation et la valeur qu'ils s'attribuent. Il y aurait beaucoup à dire sur la récente loi d'urbanisme du 15 juin 1943. Elle dévoile une ambition dont se méfient quelques hygiénistes, en particulier ceux qui entendent distinguer urbanisme et domisme (1).

Nous nous bornerons à exprimer ici un vœu relatif à un trio nécessaire : *groupe scolaire, terrain de jeu, sanitairie.*

Une ville réussie est un archipel dont les îlots (bien différents des néfastes « pâtés de maisons ») se trouvent tous largement baignés d'air et de lumière. La plupart demeurent des îlots d'habitation dont les espaces libres sont capitonnés de verdure et de silence. Quelques-uns se spécialisent : ils sont voués notamment à des fins administratives, spirituelles ou intellectuelles, selon des règles distributives dont est satisfait qui va de l'Hôtel de Ville à la Sorbonne en passant par Notre-Dame.

La dimension des îlots est variable. Si l'on veut prévoir l'équipement d'un secteur comportant un ou plusieurs îlots, on peut admettre que, dans un grand nombre de villes, l'unité type est constituée par 10 000 habitants. Cette unité est assez facile à étudier et à défendre. En particulier, les calculs démographiques sont commodes, en même temps que d'une évidente utilité pratique ; ils aboutissent à des conclusions simples éclairant, aux yeux des travailleurs sociaux, les devoirs de la vie quotidienne. Au gré de récentes statistiques, on peut, par exemple, savoir que dans tel secteur il y a par an 160 naissances, 150 décès, dont 14 par tuberculose, 10 cas de syphilis primaire, 2 cas de fièvre typhoïde, etc. Les médecins, pharmaciens et sages-femmes sont en assez petit nombre pour que les agents sanitaires des services publics puissent aisément se tenir en relation directe avec eux.

Dans beaucoup de communes de la région parisienne, un pareil secteur, appelé ou non quartier, possède un groupe scolaire que fréquente un millier d'enfants. Ce groupe scolaire a généralement des cours exiguës. Autour du groupe, l'organisation sanitaire est souvent assez mal adaptée aux besoins locaux, surtout en ce qui concerne les soins donnés à domicile.

Dans un secteur nouveau ou refait, le groupe scolaire devrait disposer d'un terrain de jeu étendu, subdivisé en plusieurs aires et partiellement traité en jardin. Utilisé chaque jour, ce terrain ne peut être remplacé par un stade lointain où, en général, l'écolier ne se rend qu'une ou deux fois par semaine. Grâce à lui, on serait très loin de la cour d'autrefois — et d'aujourd'hui — où des enfants trop nombreux se bousculent, où un galop est vite arrêté par la peur du mur proche.

A côté de ce terrain se trouverait l'organisme que, par crainte du mot dispensaire, assez fatigué, assez inquiétant pour bien des oreilles, nous appelons sanitairie (2). Construit en même temps que le groupe scolaire, il serait adjacent à ses bâtiments ou inclus dans un édifice commun, d'emblée unique. A quelles fonctions serait-il voué ? Les principales peuvent être d'avance assez bien aperçues. Il concourrait à l'application de certaines méthodes préventives, aiderait les praticiens à accomplir leur tâche curative et participerait à la lutte contre les épidémies.

Ouvert sur le groupe scolaire, ce poste de santé servirait de base au personnel chargé de la surveillance médico-sociale des écoliers. Ouvert sur la voie publique, il se prêterait à l'organisation des examens périodiques nécessaires avant et après les années d'école. Là se pourrait trouver la série des protections sanitaires par lesquelles une hygiène générale bien comprise contrôle et dirige la formation de l'être humain : protection maternelle et infantile, protection scolaire, protection postscolaire. Élément fondamental de l'armement sanitaire local, cet organisme de base pourrait être, au sens de

(Voir suite page III.)

(1) Le domisme est à la demeure ce que l'urbanisme est à la ville. Ces sciences différentes, mais complémentaires l'une de l'autre, cherchent à assurer, par des garanties de structure, la première, la beauté et la bonté de chaque demeure ; la seconde, la beauté et la bonté de la ville entière.

(2) Ce néologisme évoque la santé autant que le vieux mot « infirmerie » évoquait la maladie ou l'accident.

la loi du 16 décembre 1942, un centre secondaire de protection maternelle et infantile ou centre de secteur. Successivement écolière, apprentie, jeune femme, jeune maman, une habitante du secteur connaîtrait le chemin de ce centre. Vaccinations obligatoires et examens de santé lui auraient donné l'habitude de s'y rendre en temps normal.

En cas de maladie, le même chemin serait parcouru, mais d'urgence. Alors le médecin traitant, agissant soit directement, soit par l'intermédiaire d'un parent, d'un ami ou d'un voisin de la personne malade, pourrait faire appel aux infirmières polyvalentes de cet organisme, comme cela se passe déjà dans certaines villes, notamment à Vanves, où cette formule fut imaginée et mise au point par Emile Roux et Georges Lafosse. Sous les ordres et la responsabilité du praticien, l'infirmière donnerait au domicile du malade ou dans les locaux du centre les soins prescrits. Le médecin de ville différerait moins du médecin d'hôpital ; il serait, lui aussi, aidé non seulement par des donneuses de soupe mais encore par des donneuses de soins. Les thérapeutiques seraient mieux appliquées, les hospitalisations moins fréquentes. Y gagneraient et les finances publiques et l'état sanitaire et la vie familiale.

Des traitements dentaires pourraient êrre organisés, au moins pour les enfants, avec, pour eux, le minimum de dérangement. Néanmoins, l'équipement de chaque sanitairie ne devrait pas être poussé trop loin. Si la ville comporte plusieurs secteurs de 10 000 habitants, il sied de prévoir un organisme central, bien outillé, vers lequel seraient envoyées les personnes ayant besoin d'examens spéciaux. Centre de santé ou office de santé, il serait aux sanitairies ce qu'à proximité du champ de bataille un poste de secours régimentaire est aux postes de secours de bataillon. Il posséderait obligatoirement une installation radiologique et facultativement un laboratoire ; il pourrait doubler un hôpital grand ou petit. Il serait éventuellement le centre principal de protection maternelle et infantile ou centre de circonscription que réclame la loi du 16 décembre 1942, commencement d'une indispensable législation d'humanisme sanitaire. Le matériel à prêter aux malades (blouses, bassins, seaux, etc.) aurait là sa principale réserve.

Il n'est pas souhaitable qu'un dispensaire antituberculeux soit annexé à la sanitairie. La population n'aimerait pas être reçue dans des locaux hantés par des tuberculeux. Par contre, un tel dispensaire pourrait faire partie de l'organisme central.

La sanitairie travaillerait de façon régulière à la tenue des fichiers sanitaires et des carnets de santé. En cas d'épidémie, elle faciliterait la poursuite, sur un rayon relativement limité, d'une lutte efficace ; en particulier, elle mettrait en œuvre ou en surveillance les mesures de prophylaxie applicables à domicile. En tout temps, elle remplirait un rôle médico-social tutélaire. Les auxiliaires médicales qui s'y trouveraient groupées finiraient par connaître un très grand nombre de familles. Infirmières et assistantes s'intéresseraient à tout ce qui, aux points de vue économique, psychologique et sanitaire, pourrait exercer sur la population une influence bonne ou mauvaise. Des monitrices spécialisées de technique sanitaire, d'hygiène sociale ou de service social travailleraient au sein ou à partir de l'organisme central, destiné à fonctionner au bénéfice de la ville entière.

Connue de tous et facilement accessible, chaque sanitairie ou poste de santé rendrait de grands services à la population et aussi aux médecins qui, moins isolés, sauraient où s'adresser pour améliorer la qualité des secours dus à leurs malades.

En résumé, dans la ville nouvelle, chaque secteur d'environ 10 000 habitants aurait une sanitairie adjacente au groupe scolaire ; la ville disposerait, en outre, d'un organisme central ou office de santé complétant les sanitairies.

La réalisation de ce projet exigerait naturellement une bonne entente, c'est-à-dire de loyaux bien entendus, entre l'autorité sanitaire et le corps médical ; elle serait, d'autre part, subordonnée à un accord nécessaire et difficile entre plusieurs ministères.

Ce plan appellerait dès maintenant des prévisions topographiques sur lesquelles il serait désirable d'attirer l'attention des urbanistes. Qu'ils cherchent et trouvent la place voulue pour que les trois entités « groupe scolaire, terrain de jeu, sanitairie » se juxtaposent où il faut et comme il faut! Le desserrement de la population opéré grâce à des quartiers dits de compensation se prêterait aux utiles sauvegardes.

Enfin, si cette idée était retenue, les architectes auraient à concevoir un ensemble aussi nouveau avec une prescience qui en assurerait l'unité. L'appréciation anticipée des besoins complexes à satisfaire demanderait un sens social aigu et une documentation technique précise. Modeleurs d'un meilleur avenir, ils auraient à tenir compte d'un grand nombre de détails que la brièveté de cette esquisse empêche d'énumérer.

PIERRE JOANNON.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Albert Pelletier (de Paris). — Le Dr André Pressat (de Bayonne). — Le Dr Charles Darras. — M. Jean-Marie-Charles Happe, fils du Dr Happe (de La Madeleine-lez-Lille). — Mme Crétin, épouse du Dr A. Crétin (de Sérifontaine, Oise).

MARIAGES. — Mlle Marie-Claire Cordier, fille du professeur Pierre Cordier (de Lille), avec M. G. Clarisse. — Mlle Thérèse Dupont, fille du Dr Michel Dupont (de Valenciennes), avec M. P. Mériaux. — Mlle Janine Leclercq, fille de M. le professeur Jules Leclercq, doyen de la Faculté de médecine de Lille, officier de la Légion d'honneur, avec M. Jacques Bayle. Nos bien vives félicitations.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Sambron font part de la naissance de leur fils, Dominique (Rennes). — Le Dr et Mme A. Dépaillat font part de la naissance de leur fille, Jeanne-Blanche (Tulle). — Le Dr et Mme Chauvelot font part de la naissance de leur fils, René (Sèvres, S.-et-O.). — Les Dr Guy et Suzanne Le Sueur font part de la naissance de leur fils, Yves (Versailles).

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Spendler a été chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé dans le département de la Haute-Marne.

M. le Dr Eckert est nommé médecin inspecteur de la Santé dans le département de la Savoie.

M. le Dr Leblanc est nommé inspecteur de la Santé dans le département du Gard.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Granger est nommé agrégé et est détaché dans les fonctions de chargé de cours de chimie organique et chimie biologique à la Faculté de l'Université de Montpellier à dater du 1er octobre 1943. — Ont été prorogés dans leurs fonctions pour l'année scolaire 1943-1944 les agrégés de la Faculté de médecine de Bordeaux dont les noms suivent : MM. Piéchaud, de Grailly et Fontan (médecine générale) ; Loubat et Dufour (chirurgie générale) ; Despons (oto-rhino-laryngologie).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Le doyen est autorisé à accepter aux clauses et conditions énoncées dans l'acte susvisé le legs fait à ladite faculté par le Dr Alfred Hagen, à charge de créer un prix de médecine générale, dit : *Prix du Dr Hagen.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — La chaire de pathologie générale et anatomie pathologique prend le nom de *chaire de pathologie générale et médecine expérimentale.*

La chaire de bactériologie prend le nom de *chaire de bactériologie, hygiène et médecine sociale.*

La chaire d'hygiène et de médecine préventive (dernier titulaire : M. Lafforgue, retraité) est transformée en chaire d'*anatomie pathologique.*

Un délai de vingt jours à dater du 11 septembre 1943 est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat en médecine.* — Liste de MM. les Membres du jury par ordre du tirage au sort :

MM. les Drs : Poumailloux, Cachera, Aubry, Grasset, Blondin, Gosset (Jean), professeur Loeper, Herscher, Tixier, Roux-Berger, Houdard, Berger (Jean).

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre des médecins. Collège départemental de la Seine.. — Le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins a été saisi par la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance à Paris de la lettre ci-dessous, qu'il s'empresse de porter à la connaissance du corps médical parisien :

« Monsieur le Président,

» La loi du 31 décembre 1942 sur la prophylaxie des maladies vénériennes prévoit que des médecins consultants agréés seront chargés d'examiner les personnes suspectées (art. 13) et d'assurer la surveillance médicale des malades, définie à l'article 16.

» Le décret du 20 juillet 1943 vient de prescrire l'établissement d'une liste départementale de médecins agréés qui sera soumise à l'avis du médecin consultant de vénéréologie.

» Je vous serais obligé de vouloir bien faire connaître au corps médical par une communication insérée dans une prochaine circulaire d'information que les listes de médecins agréés vont être établies prochainement.

» Il appartiendra aux médecins qui désireraient être agréés pour l'examen des vénériens de présenter leur candidature avec un exposé de leurs titres.

» Je vous serais reconnaissant de réunir les dossiers de candidatures et de me les transmettre en y joignant l'avis du Conseil du Collège départemental de l'Ordre. »

En conséquence, nos confrères que cette communication intéresse sont priés de bien vouloir faire parvenir leur candidature au Secrétariat de l'Ordre des médecins du département de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe). (*Communiqué.*)

Prophylaxie de la paralysie infantile. — Sur la demande du Secrétariat d'Etat à la Santé, le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins a été prié, en raison de l'extension de la poliomyélite antérieure aiguë, de porter à la connaissance du corps médical de la Seine la note ci-dessous, concernant la prophylaxie de la paralysie infantile :

Les études de Schultz et Gebhardt, entre autres, ont montré que la contagion de la poliomyélite se faisait exclusivement par la muqueuse nasale.

Armstrong et Harrison ont montré qu'on pouvait rendre cette muqueuse résistante à la pénétration du virus de la poliomyélite par la pulvérisation répétée quatre fois, à deux jours d'intervalle, d'un mélange fraîchement préparé et en proportions égales des deux solutions suivantes :

Solution A. — Acide picrique, 1 gr. ; eau salée physiologique, 100 c. c.

Solution B. — Alun de soude, 1 gr. ; eau salée physiologique, 100 c. c.

Mode d'emploi. — Une cuillerée à café de chaque solution est versée dans un vaporisateur (vaporisateur ordinaire, de toilette par exemple). La pulvérisation du mélange est faite dans chaque narine (la pointe du vaporisateur étant orientée en haut et en arrière, à 45° environ) jusqu'à sensation d'amertume dans l'arrière-gorge.

La vaporisation sera répétée le troisième, le cinquième et le septième jour.

La durée de la protection conférée par une série de vaporisations paraît être de plusieurs mois. (*Communiqué.*)

NOUVELLES DIVERSES

Conseil de perfectionnement pour les écoles de moniteurs de gymnastique médicale. — *Art. premier.* — Le conseil de perfectionnement, prévu par l'article 5 du décret du 13 août 1942, est composé comme suit :

Président : M. le professeur Codvelle, directeur de la Santé.

Membres de droit :

M. le Dr Coll de Carrera, professeur agrégé, directeur de l'éducation générale au Commissariat général aux Sports ;

M. le Dr Coulon, inspecteur général de la Santé et de l'Assistance ;

M. le Dr Leclainche, secrétaire général de la Santé et de l'Assistance à Paris, représentant la direction régionale de la Santé et de l'Assistance.

Membres désignés :

M. le Dr Cathala, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris ;

M. le professeur Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris ;

M. le Dr Dodel, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand ;

M. le Dr Leveuf, professeur à la Faculté de médecine de Paris chirurgien des hôpitaux de Paris ;

M. le Dr Latarget, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ;

M. le Dr Chaillet-Bert, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ;

M. le Dr Balland ;

M. le Dr Carl Rœderer, chirurgien de l'hôpital Saint-Michel, à Paris ;

M. le Dr Louis Lamy ;

M. le Dr Fournie, président de la Ligue française d'éducation physique, à Bordeaux ;

Mme le Dr Hoffer ;

Mme le Dr Legrand-Lambling.

Association générale des médecins de France. — *Assemblée générale annuelle.* — Cette assemblée, après une interruption de quatre ans, aura lieu sous la présidence de M. le professeur Baudouin, le dimanche 10 octobre 1943, à 14 h. 30, dans la grande salle des séances, 60, boulevard de Latour-Maubourg. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des sociétés départementales et les membres de la presse médicale.

L'Association générale des médecins de France a l'extrême regret d'annoncer le décès survenu le 12 septembre 1943 du Dr Charles Darras, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre, médecin-lieutenant-colonel honoraire, vice-président de l'Association générale ; il était aussi président d'honneur de la Société centrale, secrétaire général de la Société de femmes et enfants de médecins, administrateur de la Maison du médecin, directeur de *La Vie médicale.*

Il succombe après toute une vie de dévouement inlassable au service des œuvres d'entr'aide confraternelle. Sa disparition est pour ses collègues à la fois une grande perte et une grande tristesse.

Les obsèques ont eu lieu, suivant la volonté du défunt, dans une stricte intimité.

VARIÉTÉS

COMPOSITION DES JURYS DES CONCOURS DU PERSONNEL MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES PUBLICS

Art. premier. — Le jury des concours pour le recrutement des médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants, des assistants d'anesthésie des hôpitaux et hospices publics de chaque région est composé ainsi qu'il suit :

a. Médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants :

1° Pour les concours de médecine : quatre médecins et un chirurgien ;

2° Pour le concours de chirurgie : quatre chirurgiens et un médecin ;

3° Pour les concours d'oto-rhino-laryngologie : trois oto-rhino-laryngologistes, un médecin et un chirurgien ;

4° Pour les concours d'ophtalmologie : trois ophtalmologistes, un médecin et un chirurgien ;

5° Pour les concours d'obstétrique : trois gynécologues accoucheurs, un médecin et un chirurgien ;

6° Pour les concours d'électro-radiologie : trois électro-radiologistes, un médecin et un chirurgien ;

7° Pour les concours de stomatologie : trois stomatologistes, un médecin et un chirurgien ;

b. Assistants d'anesthésie : deux chirurgiens, un oto-rhino-laryngologiste, un gynécologue, un médecin, deux assistants d'anesthésie, un pharmacien.

Art. 2. — Pour les spécialités non mentionnées à l'article 1er, la composition du jury sera fixée par le secrétaire d'État à la Santé et à la Famille sur la proposition du directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

Art. 3. — Les membres du jury sont choisis par tirage au sort parmi les médecins, chirurgiens, spécialistes ou assistants d'anesthésie en fonction dans le groupement hospitalier de la ville siège de la faculté de médecine ou de l'école de plein exercice situé dans la région dans laquelle ont lieu les concours ou, à défaut, dans la région la plus voisine.

Au cas toutefois où, pour l'un des concours prévus, le nombre de praticiens en exercice dans ledit groupement serait inférieur au triple des membres à désigner, il pourra être fait appel par le directeur régional de la Santé et de l'Assistance aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou assistants d'anesthésie d'un hôpital d'une autre ville de faculté ou d'école de plein exercice.

Le tirage au sort a lieu, huit jours au moins avant l'ouverture du concours, par le directeur régional de la Santé et de l'Assistance ou par son délégué, en présence des représentants des candidats, dont le nombre sera fixé par le directeur régional et qui seront désignés par leurs collègues.

Art. 4. — Un ou plusieurs suppléants pourront être désignés dans les conditions fixées par l'article 3 ci-dessus. Ils ne seront appelés à siéger dans les jurys qu'en cas d'absence des membres titulaires.

Art. 5. — Le jury des concours pour le recrutement des internes et des externes en médecine des hôpitaux et hospices publics de chaque région est composé ainsi qu'il suit :

Trois médecins, trois chirurgiens, un gynécologue accoucheur, un oto-rhino-laryngologiste ou un ophtalmologiste.

Art. 6. — Les membres du jury des concours d'internat et d'externat sont désignés dans les conditions fixées aux articles 3 et 4 du présent arrêté.

Art. 7. — Les jurys des concours pour le recrutement des chirurgiens-dentistes des hôpitaux et hospices publics de chaque région sont composés ainsi qu'il suit :

Deux médecins stomatologistes, un médecin oto-rhino-laryngologiste et deux chirurgiens-dentistes.

Les praticiens ci-dessus visés sont désignés par le directeur régional de la Santé et de l'Assistance parmi ceux en fonction dans les hôpitaux et hospices de la région.

PIÈCES A PRODUIRE PAR LES CANDIDATS AUX DIFFÉRENTS POSTES MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES DES HOPITAUX ET HOSPICES PUBLICS

SECTION I

Médecins, chirurgiens et spécialistes.

Article premier. — Tous les candidats qui désirent prendre part à l'un des concours organisés dans chaque région pour le recrutement des médecins, chirurgiens, spécialistes assistants et assistants d'anesthésie des hôpitaux et hospices publics doivent déposer à la direction régionale de la Santé et de l'Assistance, quinze jours au moins avant la date des épreuves, les pièces suivantes, dont il doit être délivré récépissé :

1° Une demande mentionnant leurs nom, prénoms et adresse ainsi que la spécialité dans laquelle ils désirent concourir ;

2° Un extrait d'acte de naissance accompagné de toutes pièces justifiant qu'ils satisfont aux conditions prévues par les lois des 3 avril 1941 sur l'accès aux emplois dans les fonctions publiques, 2 juin 1941 portant statut des juifs et 11 août 1941 sur les sociétés secrètes ;

3° Un certificat attestant leur inscription à un tableau de l'Ordre national des médecins ;

4° Un exposé de leurs titres scientifiques ainsi que des services antérieurs qu'ils pourraient faire valoir accompagné de toutes pièces justificatives.

Art. 2. — Les candidats à un poste de médecin, chirurgien ou spécialiste des hôpitaux des villes sièges d'une faculté ou d'école de médecine de plein exercice doivent fournir en plus des pièces prévues à l'article premier un certificat attestant qu'ils ont été nommés assistants des hôpitaux, conformément aux dispositions des articles 123 à 127 du décret du 17 avril 1943.

Art. 3. — Les candidats à un poste d'assistant des hôpitaux des villes sièges d'une faculté ou école de plein exercice doivent fournir en plus des pièces prévues à l'article 1er un certificat justifiant qu'ils remplissent les conditions d'admission au concours telles qu'elles sont prévues par l'article 125 du décret du 17 avril 1943.

Art. 4. — Les candidats à un poste de médecin, de chirurgien ou de spécialiste des hôpitaux et groupements hospitaliers des villes où ne siège pas une faculté de médecine ou école de plein exercice, doivent, s'ils veulent bénéficier des dispositions de l'article 185 du décret du 17 avril 1943, désigner dans leur demande le poste pour lequel ils désirent concourir.

SECTION II

Internes et externes en médecine.

Art. 5. — Tous les candidats qui désirent prendre part à l'un des concours organisés dans chaque région pour le recrutement des internes et externes des hôpitaux et hospices publics doivent déposer à la direction régionale de la Santé et de l'Assistance, quinze jours au moins avant la date des épreuves, les pièces suivantes dont il doit être délivré récépissé :

1° Une demande mentionnant leurs nom, prénoms et adresse ;

2° Un extrait d'acte de naissance accompagné de toutes pièces justifiant qu'ils satisfont aux conditions prévues par les lois des 3 avril 1941 sur l'accès aux emplois dans les fonctions publiques, 2 juin 1941 portant statut des juifs et 11 août 1941 sur les sociétés secrètes ;

3° Un certificat attestant qu'ils ont été vaccinés contre la diphtérie et contre la typhoïde, et récemment revaccinés contre la variole, ou un certificat attestant que leur état de santé ne permet pas d'effectuer ces vaccinations.

Art. 6. — Les candidats à l'internat des hôpitaux des villes sièges d'une faculté ou d'une école de plein exercice doivent fournir en plus des pièces prévues à l'article 5 :

1° Un certificat attestant qu'ils ont accompli dix-huit mois d'externat dans les hôpitaux d'une ville de faculté ou d'école de plein exercice ;

2° Un certificat d'une faculté ou école de médecine française attestant qu'ils possèdent douze inscriptions.

Art. 7. — Les candidats à l'internat des hôpitaux des groupements hospitaliers des villes où ne siège pas une faculté de médecine ou une école de plein exercice doivent fournir en plus des pièces prévues à l'article 5 un certificat

d'une faculté ou école de médecine française attestant qu'ils possèdent huit inscriptions.

Art. 8. — Les candidats à l'externat des hôpitaux des villes sièges d'une faculté ou d'une école de plein exercice doivent fournir en plus des pièces prévues à l'article 5 un certificat d'une faculté ou école de médecine française attestant qu'ils possèdent quatre inscriptions.

SECTION III

Pharmaciens.

Art. 9. — Tous les candidats qui désirent prendre part à l'un des concours organisés dans chaque région pour le recrutement des pharmaciens des hôpitaux et hospices doivent déposer à la direction régionale de la Santé et de l'Assistance, quinze jours au moins avant la date des épreuves, les pièces suivantes dont il est délivré récépissé :

1° Une demande mentionnant leurs nom, prénoms et adresse;

2° Un extrait d'acte de naissance accompagné de toutes pièces justificatives justifiant qu'ils satisfont aux conditions prévues par les lois des 3 avril 1941 sur l'accès aux emplois dans les fonctions publiques, 2 juin 1941 portant statut des juifs et 11 août 1941 sur les sociétés secrètes ;

3° Un certificat attestant leur inscription à une chambre départementale des pharmaciens ;

4° Un exposé de leurs titres scientifiques ainsi que des services antérieurs qu'ils pourraient faire valoir accompagné de toutes pièces justificatives.

Art. 10. — Les candidats à un poste de pharmacien des hôpitaux d'une ville de faculté ou d'école de plein exercice doivent fournir en plus des pièces prévues à l'article 9 un certificat établissant qu'ils ont exercé les fonctions d'interne en pharmacie des hôpitaux d'une ville de faculté ou d'école de plein exercice pendant deux ans au moins.

SECTION IV

Chirurgiens-dentistes.

Art. 11. — Tous les candidats qui désirent prendre part à l'un des concours organisés dans chaque région pour le recrutement des chirurgiens-dentistes des hôpitaux et hospices doivent déposer à la direction régionale de la Santé et de l'Assistance, quinze jours au moins avant la date des épreuves, les pièces suivantes dont il est délivré récépissé :

1° Une demande mentionnant leurs nom, prénoms et adresse ;

2° Un extrait d'acte de naissance accompagné de toutes pièces justifiant qu'ils satisfont aux conditions prévues par les lois des 3 avril 1941 sur l'accès aux emplois dans les fonctions publiques, 2 juin 1941 portant statut des juifs et 11 août 1941 sur les sociétés secrètes ;

3° Un certificat attestant leur inscription à la section dentaire d'un conseil de l'Ordre des médecins ;

4° Un exposé de leurs titres scientifiques ainsi que des services antérieurs qu'ils pourraient faire valoir accompagné de toutes pièces justificatives.

SECTION V

Internes en pharmacie.

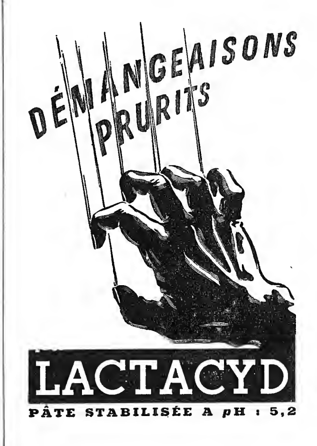
Art. 12. — Tous les candidats qui désirent prendre part à l'un des concours organisés dans chaque région pour le recrutement des internes en pharmacie des hôpitaux et hospices doivent déposer à la direction régionale de la Santé et de l'Assistance, quinze jours au moins avant la date des épreuves, les pièces suivantes dont il est délivré récépissé :

1° Une demande mentionnant leurs nom, prénoms et adresse ;

2° Un extrait d'acte de naissance accompagné de toutes pièces justifiant qu'ils satisfont aux conditions prévues par les lois des 3 avril 1941 sur l'accès aux emplois dans les fonctions publiques, 2 juin 1941 portant statut des juifs et 11 août 1941 sur les sociétés secrètes ;

3° Un certificat d'une école de pharmacie française attestant qu'ils possèdent quatre inscriptions ;

4° Un certificat attestant qu'ils ont été vaccinés contre la diphtérie et contre la typhoïde, et récemment revaccinés contre la variole, ou que leur état de santé ne permet pas d'effectuer ces vaccinations.



NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr M.-A. Villemez (de Belfort). — Le Dr Manesse (d'Antony, Seine). — Les Drs Vincent, Blineau, et Riou (de Nantes). — Le Dr Attimont. — Le Dr Defoulay. — Le Dr Albert Mariau (de Vence, A.-M.).

MARIAGES. — Le Dr Jean Voillemin (de Langres), avec Mlle Marie-Thérèse Després. — Le Dr André Pitous (de Castelnau-d'Auzan, Gers), avec Mlle Marie-Rose Bouille.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Anquez-Delmotte font part de la naissance de leur fils Jean-Pierre. — Le Dr et Mme M. Duret font part de la naissance de leur fils Luc.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Marion a été chargé, à titre temporaire, au maximum pour la durée des hostilités, des fonctions de médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé de la Manche.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (année scolaire 1943-1944). — *Immatriculation, Inscriptions.*

I. Immatriculation (1). — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc...), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas un droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont mmatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les docteurs, les étudiants français ou étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 500 francs.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

(1) L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), pour les étudiants réguliers, les jeudis et samedis, de 12 heures à 15 heures, et au guichet n° 4 pour les docteurs et étudiants libres, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

Les cartes et les livrets individuels délivrés aux étudiants sont strictement personnels. Ces pièces ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

II. Inscriptions. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er au 30 octobre dernier délai, de 9 heures à midi.

En s'inscrivant, l'étudiant doit produire

1. — Diplôme de bachelier de l'Enseignement secondaire français ou diplôme d'État de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'Enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. B. ou, pour les étudiants non dispensés du concours prévu par le décret du 4 février 1943, le certificat d'admission à ce concours s'ils ne l'ont pas subi à la Faculté des sciences de Paris.

2. — Acte de naissance sur timbre de moins de trois mois d'ancienneté de date.

3. — Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 6 francs) doit indiquer le domicile du père ou du tuteur, dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou du tuteur).

4. — Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire.

5. — Extrait du casier judiciaire de moins de trois mois d'ancienneté de date.

6. — Une photographie d'identité.

Il est obligatoirement tenue, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1943-1944, les inscriptions trimestrielles seront délivrées dans l'ordre et

aux dates ci-après, de midi à 15 heures, au Secrétariat (guichet n° 3). Les deux premières inscriptions de l'année seront prises cumulativement.

Premier et deuxième trimestres : du 4 au 23 octobre 1943;

Troisième trimestre : du 17 au 29 avril 1944;

Quatrième trimestre : du 3 au 15 juillet 1944.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.) En aucun cas, il ne sera délivré d'inscription pendant la période des grandes vacances (1er août-30 septembre).

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre d'inscription par correspondance ou par mandataire.

L'année scolaire 1943-1944 s'ouvrira le 3 novembre 1943.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Le certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive.

AVIS TRÈS IMPORTANT

MM. les étudiants sont informés qu'il ne leur sera délivré aucun certificat avant qu'ils ne soient en mesure de produire la carte d'immatriculation de l'année scolaire 1943-1944 munie de la photographie d'identité de l'étudiant. Cette carte leur sera délivrée par le guichet n° 5 après leur inscription aux Travaux pratiques et aux Stages hospitaliers.

Ils sont en outre prévenus qu'il ne sera tenu aucun compte des demandes de changement de série de Travaux pratiques ou de Services hospitaliers une fois accomplie leur inscription réglementaire au guichet n° 5.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre des médecins. — *Comité de coordination des Collèges départementaux de la Région parisienne.* — Les délégués des Conseils des Collèges départementaux de la Seine, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise et Oise se sont réunis le 12 septembre 1943, au siège de l'ancienne Commission régionale, et ont décidé de créer un nouveau Comité de Coordination pour l'étude des questions communes qui peuvent les intéresser.

Le bureau a été ainsi composé :

Président : Dr Larget (Seine-et-Oise) ;

Vice-présidents : Dr Tissier-Guy (Seine) ; Dr Woimant (Oise).

Trésorier : Dr Duvelleroy (Seine).

Le secrétaire général sera désigné au cours de la prochaine séance.

Ont été spécialement chargés des questions :

D'Assurances sociales : le Dr Aumont ;

D'hôpitaux : le Dr Tissier-Guy ;

De dispensaires : le Dr Bidegarray ;

De médecine du travail : le Dr Barthe ;

D'A. M. G. et article 19 : le Dr Sorin ;

De Maisons de santé : les Drs Bussard et Desgranges.

Le Dr Coquin, secrétaire administratif, continue, comme par le passé, à exercer ses fonctions.

NOUVELLES DIVERSES

Les Cahiers du Musée social. — Le Musée social a décidé de reprendre, sous forme de plaquettes intitulées *Les Cahiers du Musée social*, la publication des rapports, communications et travaux divers présentés devant ses sections d'études.

REVUE DES LIVRES

L'électrochoc en thérapeutique et la dissolution-reconstruction, par P. Delmas-Marsalet, 1 vol. 150 pages (*Baillière, édit., Paris*, 1943.)

Dernier venu de l'arsenal thérapeutique psychiatrique, l'électrochoc constitue une arme extrêmement précieuse qui a permis de transformer complètement le pronostic d'un certain nombre de psychoses. Si le point n'est pas encore définitivement fait sur les limites de son action, il semble cependant que la période des premiers essais soit passée et qu'on puisse déjà commencer à en codifier de façon pratique le mode d'emploi et les indications. A cet égard, le volume que publie Delmas-Marsalet rendra un réel service.

Après un exposé historique de la question et une étude des différentes méthodes employées pour produire l'électrochoc depuis les premiers travaux de Cerletti et Bini, l'auteur expose les raisons qui lui font préférer au courant alternatif, utilisé par la majorité des auteurs, le courant continu. Cette méthode permet une énorme simplification et fournit, sans calcul, une détermination du temps utile de passage du courant. Il a été ainsi possible de réaliser un appareil qui détermine de façon semi-automatique le temps de passage du courant, par simple lecture du temps que met le milliampèremètre à revenir au zéro après passage du courant faible de 2 volts. Le courant continu est expérimentalement très bien supporté par le cerveau, mieux même que le courant alternatif, et en pratique l'auteur a obtenu avec sa méthode d'excellents résultats thérapeutiques et n'a eu à enregistrer aucun accident

L'auteur, se fixant sur sa très importante expérience personnelle, qui compte 76 électrochocs, dont il rapporte un résumé d'observations, précise ensuite les indications de l'électrochoc en fonction des résultats obtenus. Les indications majeures sont constituées par les psychoses de choc, les psychoses d'épuisement, les premiers accès mélancoliques et maniaques d'origine inconnue, les confusions mentales. Les résultats sont moins constants au cours des psychoses maniaco-dépressives, du délire chronique hallucinatoire. Ils sont plus décevants et surtout transitoires dans les états schizophréniques, où ils semblent ne rien donner de supérieur à ce que donnent le cardizol ou l'insulinothérapie. Ils sont nuls dans la démence précoce type Morel, les délires chroniques non hallucinatoires, les constitutions mentales, les démences.

Enfin, l'auteur expose sa théorie de la dissolution-reconstruction, basée en partie sur ces faits, et qui lui semble expliquer de façon rationnelle l'action thérapeutique de l'électrochoc et des autres méthodes comatogènes. Il montre comment cette théorie peut être le point de départ d'une méthode nouvelle d'investigation neurologique dans le cas particulier de troubles fonctionnels ou de ceux que nous situons de façon indécise aux confins de l'organique et du fonctionnel. Il conclut en montrant les perspectives d'avenir des méthodes de dissolution-reconstruction.

Nul doute que ce volume extrêmement documenté, qui vient à son heure, ne rende les plus grands services à tous ceux qu'intéresse la nouvelle et précieuse méthode que constitue l'électrochoc et dont aucun psychiatre ne saurait plus aujourd'hui se passer.

Jean Lereboullet.

Théorie de l'électro-encéphalogramme, états élémentaires, par Ivan Bertrand et R.-S. Lacape. Un volume in-8° de 160 pages avec 100 figures dans le texte et hors texte, 180 fr. (*Doin, édit.*)

L'électro-encéphalographie a désormais dépassé le stade de la recherche pure pour entrer dans le domaine des applications pratiques. En médecine, l'étude des tumeurs, de l'épilepsie, des psychoses, tire déjà, de ce nouveau mode d'exploration, de précieux renseignements concernant le diagnostic et même la conduite thérapeutique.

Ce n'est pas sur ce terrain pratique des applications de l'électro-encéphalogramme à la clinique que se place le fort intéressant ouvrage de B. et L. Ces auteurs se sont attachés à déchiffrer les tracés électro-encéphalographiques et ont tenté de déceler à quelles lois obéissaient les courants électriques enchevêtrés dont ils sont les témoins par l'analyse mathématique des enregistrements. Ils placent ainsi la question sur le plan de la recherche scientifique rationnelle, où la mesure précède toujours l'établissement des lois.

Dans ce travail original, basé sur une abondante documentation recueillie à l'Institut de neurobiologie de la Salpêtrière, les auteurs démontrent que les tracés encéphalographiques sont susceptibles d'être représentés sans difficultés par des séries trigonométriques à nombre de termes limités et par conséquent que l'analyse peut en être faite intégralement, soit par des procédés mathématiques connus, soit par un appareillage électrique conforme à ces procédés, le résultat étant d'introduire une nouvelle science, la spectrologie bio-électrique de l'encéphale, spectrologie dont les auteurs donnent des exemples caractéristiques.

Il s'agit là d'une étude passionnante, plus accessible certes au physicien qu'au médecin en raison de son caractère purement mathématique, et dont l'intérêt doctrinal est considérable. Il n'est pas douteux que la généralisation de telles études analytiques ouvrirait des perspectives nouvelles et permettrait de pénétrer plus avant dans l'étude intime des phénomènes électriques encéphaliques, encore fort mal connus. Les auteurs montrent la voie dans laquelle, à leur avis, devraient s'engager les recherches et les conclusions physiologiques et pratiques qu'on est en droit d'en espérer, sans méconnaître les difficultés auxquelles elles se heurteront nécessairement, tant sont complexes les phénomènes électriques cérébraux.

Ce volume, très abondamment illustré, sera lu avec le plus grand profit par les physiologistes, les neuro-psychiatres et tous ceux qu'intéresse l'étude, si nouvelle, de l'activité électrique du cerveau.

Jean Lereboullet.

VARIÉTÉS

A PROPOS DE LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

La réforme des études médicales suscite avec juste raison une certaine émotion non seulement dans le monde médical, mais aussi dans les familles. Il y a un point sur lequel il est utile d'insister tout particulièrement. L'année préparatoire de médecine qui doit remplacer le P. C. B. se fera désormais dans les Facultés — les écoles de province sauf Nantes, on ne sait pourquoi, — n'étant pas jugées dignes de faire cet enseignement. C'est une faute, une faute très grave, dont on ne tardera pas — si cette réforme survit — à saisir l'importance.

Les Facultés sont déjà surchargées ; il n'était donc pas utile de drainer vers elles les élèves de province.

D'autre part, il est permis de s'étonner qu'à un moment où le régionalisme est en honneur on fasse exactement le contraire. On parle de la reconstitution de la famille, et on la désagrège.

La suppression de l'enseignement de l'A. P. M. dans les écoles de province, c'est la prime au fils unique. En effet, à l'heure où le coût de la vie est si élevé, il n'était pas indiqué d'imposer aux familles un tel sacrifice. Bien des parents renonceront à envoyer leur jeune étudiant dans une Faculté éloignée devant les dépenses que nécessitera cette année d'études. Et, de ce fait, ce sera bientôt la mort des écoles de province, où l'on fait cependant de très bons élèves, d'excellents praticiens aimant leur profession, ayant tous appris leur métier au lit des malades, alors qu'il n'en est pas toujours ainsi.

A l'heure où l'on se plaint que les jeunes médecins, dès qu'ils ont leur diplôme en poche, se ruent tous vers les villes et désertent les campagnes, on prend une mesure qui ne fera qu'accentuer ce malaise. En effet, tous nos médecins de campagne sortent de nos écoles de province ; habitués à vivre dans le milieu rural qu'ils connaissent et qu'ils aiment, ils n'ont nullement le désir de se déraciner.

Les conseillers techniques qui paraissent ignorer la vie de province, de cette province qui fait la beauté de notre pays, ne semblent pas avoir compris. Je crois savoir que les directeurs des écoles préparatoires n'ont pas manqué d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les dangers d'une telle réforme.

Certes, l'erreur est une chose humaine. Mais on peut la réparer quand il en est encore temps.

RAYMOND NEVEU.

LES TROIS ENSEIGNEMENTS

Les trois enseignements qu'annonce notre titre ne sont pas, comme on pourrait s'y attendre, les enseignements primaire, secondaire et supérieur, qui, du point de vue auquel nous nous plaçons, ne correspondent qu'à des étages différents. Nécessaires à chaque niveau, sous des aspects divers et en proportions variables, les enseignements que nous voudrions distinguer sont l'opératoire, le documentaire et le spéculatif.

Tout effort pédagogique bien ordonné comporte, quels que soient l'âge et la fonction future de ceux auxquels il s'adresse, un mélange de ces trois enseignements, et les réformes qu'on se propose d'apporter aux études médicales forcent à réfléchir à l'intérêt de chacun d'eux, à ses droits et à ses devoirs.

L'*enseignement opératoire* vise l'œuvre — une œuvre quelconque, même simple, par exemple page d'écriture, fer à cheval ou ponction lombaire — et cherche à rendre l'élève apte à accomplir avec promptitude et correction les actes dont cette œuvre est faite ; il exige une grande quantité de connaissances sur un nombre limité de sujets ; il veut ces connaissances durables et réclame de longs travaux pratiques.

L'*enseignement documentaire* facilite moins l'exécution de l'acte lui-même, par exemple l'acte professionnel, que la compréhension des possibilités souvent lointaines dont il résulte, de son but, de sa place dans un ensemble d'efforts — activité familiale, corporative, nationale, etc. Il fournit délibérément peu de connaissances sur beaucoup de sujets, et de ces connaissances il accepte d'avance un oubli partiel.

L'*enseignement spéculatif* ne meuble plus : il forme, il développe clairvoyance et mesure, essayant de donner philosophie de la vie, goût du juste, sens du réel ; il aide chacun à se connaître, à observer, à juger par lui-même.

Des exemples simples montrent les différences qui existent entre l'enseignement opératoire et l'enseignement documentaire.

	Enseignement opératoire.	Enseignement documentaire.
École primaire	Calligraphie.	Règne d'Henri IV ou cours du Danube.
École secondaire....	Art d'écrire.	Existence et œuvre de Mme de Sévigné ou de Diderot.
Faculté de médecine.	Rédaction d'une ordonnance ou incision d'un panaris, ou ensemencement au lit du malade.	Préparation du vaccin antirabique ou technique de la sérologie.

Un programme de formation professionnelle doit établir une hiérarchie entre ces trois enseignements ou, plus exactement (puisqu'il ne s'agit pas d'évaluer leurs mérites), répartir entre eux le temps et les efforts de l'apprenti, soit en définitive le nombre d'heures de travail dont il dispose — des centaines ou des milliers. Ce dosage est naturellement subordonné à la direction choisie.

La délimitation de l'enseignement opératoire est essentielle : c'est, pour ainsi dire, la liste des notions ouvrières, des évocations infaillibles et des gestes presque réflexes qui seront les garanties d'une bonne préparation pratique. La question à poser, à propos de chaque connaissance, est ici : cette connaissance est-elle *indispensable* pour la réussite de l'acte opératoire, ou seulement utile ? Il ne faut retenir que l'indispensable ; sinon, plus rien ne peut être refusé, car à n'importe qui tout est utile, y compris l'astronomie.

L'enseignement documentaire accepte ce qui n'est qu'*utile*, mais avec conscience et pudeur : il se borne volontairement à des notions superficielles. Les bagages dont on s'occupe communément ne sont pas ceux d'un lord anglais partant pour les Indes ; le voyageur moyen n'a droit qu'à trente kilos. Qu'à propos de connaissances accessoires le maître n'accable ni par le cours, ni par l'examen. La faute serait grave. La peine que l'élève accorderait indûment à l'acquisition sans doute éphémère de vains détails ne diminuerait-elle pas d'autant les délais et les forces encore disponibles en faveur de notions indispensables ? Il y a là un risque auquel il faut constamment penser, risque d'autant plus grand que s'associent avec plus de candeur ou de perfidie les orfèvres, les amateurs et les marchands.

En fait, que se passe-t-il très souvent ? Une extension illicite de l'un ou l'autre enseignement ou plutôt du documentaire ou de l'opératoire, le spéculatif n'étant à peu près jamais excessif. Tantôt l'enseignement documentaire est envahissant et accorde à trop de notions superficielles des ressources d'attention et de mémoire volées aux notions approfondies ; tantôt l'enseignement, qui, étant donnée la carrière envisagée, devrait, sur certains points, rester documentaire, est à tort transformé en opératoire, l'enseignement opératoire vraiment indiscutable, de même que le spéculatif, pâtissant de ces abus. Pareille spoliation n'a de chance d'être évitée que si, conscient de la limite des formes intellectuelles et imaginant les conditions pratiques de la vie, l'enseigneur sait se demander sans cesse : « Qu'auront à faire les hommes, petits ou grands, qui sont devant moi ? »

Passons maintenant à la médecine. Compte tenu des diverses orientations professionnelles, une juste répartition des trois sortes d'enseignement doit rendre l'apprentissage médical aussi prudent et honnête que possible.

Le spécialiste doit s'astreindre à toujours distinguer et à former de façon soigneusement différente les élèves qui adopteront sa spécialité et les autres. Par exemple, un professeur d'hygiène que guide le souci de dispenser un enseignement opératoire adapté aux besoins de chacun n'apprendra pas autant d'administration sanitaire aux étudiants en médecine ordinaire qu'aux futurs hygiénistes ; par contre, il exposera aux premiers, avec autant d'application qu'aux seconds, certaines techniques de prophylaxie, notamment celles qui concernent l'utilisation des vaccins et sérums.

La détection des maladies infectieuses est grandement aidée par le laboratoire. Que doit apprendre à cet égard le futur praticien ? Il commencera évidemment par ne pas ignorer l'existence des méthodes grâce auxquelles ce secours lui sera fourni. A propos de chacune d'elles, il devra savoir faire un correct prélèvement, puis avoir la notion du délai dans lequel la réponse lui sera donnée, enfin interpréter convenablement le résultat des recherches entreprises. Quant à celles-ci, il n'a pas à en retenir la technique de manière précise puisque, sauf exception, il ne se livrera pas lui-même à ces opérations intermédiaires. Au contraire, un procédé tel que l'hémodiagnostic rapide mérite de lui être familier, parce qu'il se chargera personnellement de cette investigation.

Appelé à devenir à la fois médecin et administrateur, le futur hygiéniste de carrière devra étudier avec courage le droit sanitaire, dont l'importance n'est encore soupçonnée que par un petit nombre de médecins et de juristes (1). Les procédures réglementaires donneront lieu, pour lui, à un véritable enseignement opératoire, car, pour les bien appliquer, il devra connaître ces prescriptions avec exactitude et prévoir, à force de réflexion ou à la lumière d'une éventuelle jurisprudence, la portée de chaque texte.

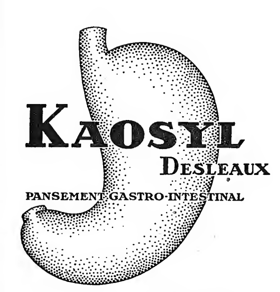
Nos conclusions tiennent en des vérités banales. Les considérations et les exemples qui précèdent rappellent deux nécessités : établir d'abord un programme raisonnable, ensuite l'appliquer raisonnablement. Cette seconde obligation est trop négligée. L'esprit dans lequel est donné un enseignement compte plus que les théoriques bornes qui lui sont assignées. A chacun ses responsabilités et à chacun ses sacrifices. Ici comme ailleurs, le long succès n'est que dans la mesure. Mais celle-ci doit être défendue avec vigueur.

PIERRE JOANNON.

(1) Depuis 1932, nous avons, d'accord avec le professeur Tanon et avec la précieuse collaboration de M. Clerc, réuni, en matière de législation sanitaire, une documentatiou destinée à nous fournir les matériaux d'une publication hygiéno-légale que nous avions l'intention de faire paraître sous forme soit d'ouvrages, soit d'archives périodiques. Ce travail de longue haleine était fort avancé quand éclata la guerre de 1939. La surabondanee des textes qui, à partir de 1940, sont venus modifier ou remplacer les prescriptions antérieures nous a contraiuts, avant même l'acuité actuelle des difficultés d'impression, à différer la réalisation de notre projet.

STATISTIQUES ET TABLES DE QUALIFICATION

Les médecins sont tout prêts à s'intéresser à de multiples statistiques concernant notamment nuptialité, natalité, mortinatalité, mortalité infantile, mortalité par tuberculose, cancer ou affections cardio-vasculaires, mortalité générale. Mais ces statistiques donnent lieu à deux sortes de difficultés relatives les unes à leur établissement, les autres à leur interprétation. Ces dernières, les seules dont nous allons parler, ne sont pas les moindres, surtout pour les personnes non spécialisées, parmi



lesquelles la plupart de nos confrères accepteront d'être rangés.

Le calcul de taux exacts, taux bruts, puis, s'il y a lieu, taux rectifiés, ne suffit pas à éclairer l'esprit soucieux de tirer des chiffres obtenus toute la lumière possible. Même s'ils inspirent confiance, il faut, à notre avis, pouvoir en outre les qualifier à l'aide de tables déterminant les limites entre lesquelles les taux sont *faibles*, *modérés*, *forts* ou *très forts*, sortes de barèmes offerts par les plus avertis aux moins compétents. En présence de proportions supposées justes mais de sens énigmatique, cette qualification répond approximativement et sans délai à la question : « Est-ce peu ou est-ce beaucoup ? » Là n'est pas le seul profit de la méthode. D'instructives comparaisons deviennent possibles, entre régions ou époques différentes. Enfin, des graphiques fort instructifs peuvent être construits. Grâce à ces évaluations basées sur des règles arbitraires identiques pour tous les lieux considérés, les singularités d'un district ou d'une nation apparaissent et lui confèrent une physionomie que l'étude sociale approfondie doit ensuite essayer d'expliquer.

En résumé, la qualification des taux entraîne trois conséquences pratiques : elle permet leur appréciation immédiate, facilite entre eux d'utiles comparaisons et simplifie leur inscription graphique. Par ces trois avantages, elle conduit à une saine analyse des phénomènes sociaux et aide à découvrir ou préciser leurs causes.

Lors d'une importante enquête sur la mortalité infantile, nous avons, avec le professeur Robert Debré, élaboré des tables de ce genre, applicables à des taux de natalité et de mortalité (taux global de mortinatalité ou de mortalité infantile ; taux fractionnés, chronologiques et étiologiques). Cette première catégorisation n'était qu'un essai par rapport au vaste et durable effort de méthodologie que nous demandons. Elle avait néanmoins fourni un procédé de mesure qui, pour conventionnel qu'il fût, — comme tout procédé de mesure, du reste, — avait paru fidèle.

Il est désormais souhaitable qu'une commission internationale établisse pour les principales statistiques démographiques un système de qualification soumis à des revisions périodiques, effectuées à des intervalles de dix, quinze ou vingt ans. Certaines échelles subiraient de nouvelles délimitations, mais tous les travaux exécutés au moyen d'un barème uniforme, correspondant à une même période, seraient comparables et aptes à s'éclairer mutuellement.

Destinée à naître d'une convention internationale, chacune des tables qui nous manquent ne saurait être faite au petit bonheur. Sa confection serait basée sur une longue étude préalable des taux actuellement connus. Selon les rubriques, les tranches ou paliers correspondant au sectionnement à opérer seraient plus ou moins amples, et là se manifesterait d'ailleurs, de façon nouvelle, le progrès qu'apporterait cette classification. Une même dénivellation peut être très importante pour certains taux et modique pour d'autres. Seuls quelques professionnels savent apprécier d'emblée ces différences, alors que les tables dont nous avons besoin sont appelées à guider avec aisance les moins spécialisés.

A défaut d'un instrument de travail aussi indispensable, l'embarras de tous risque de rester grand. Comme par le passé, on tâchera d'y échapper par des comparaisons, et finalement tout ce qu'on dira ou écrira au sujet de l'ordre de grandeur d'un taux défini, par exemple de natalité ou de mortalité générale, se réduira à le déclarer supérieur à tels taux, inférieur à tels autres : sa signification se dégagera mal de ces laborieuses confrontations ; elle demeurera souvent confuse et, par voie de conséquence, les indications pratiques qu'on en pourra déduire se trouveront limitées.

Le travail nécessité par la préparation de ces tables doit remplacer et dépasser, tant par l'étendue que par la rigueur, l'effort auquel le lecteur de statistiques est astreint pour se faire une opinion sur l'importance des chiffres qui l'intéressent. S'il veut, par exemple, estimer justement la gravité du fléau social exprimé par le taux de mortalité par tuberculose concernant un pays déterminé, il doit rapprocher ce taux de ceux d'un certain nombre d'autres pays ; les auteurs d'une table auraient le loisir de grouper une quantité beaucoup plus grande de taux similaires et de fonder leurs proportions sur un très large ensemble de documents.

Dans l'exemple précédent, nombre et mention constitueraient pour ainsi dire la note servant à coter la valeur bonne, médiocre ou mauvaise de la lutte directe et indirecte dirigée contre le péril tuberculeux.

Enfin, la propagande pourrait tirer parti de cette qualification. Si, par exemple, dans une nation ou un département, le taux de mortalité par tuberculose demeurait obstinément fort ou très fort, les exposés destinés à éclairer et stimuler la population pourraient à bon droit souligner que l'emploi d'un adjectif aussi sévère résulte non d'une appréciation fantaisiste, partiale ou pessimiste, mais de l'application de tables impersonnelles, valables pour tous les pays.

Le but majeur d'un statisticien conscient de la dignité de sa profession n'est pas la simple publication d'un tableau ou d'une courbe ; il est la divulgation de renseignements et d'enseignements d'une portée sociale incontestable, l'apport aux bonnes volontés d'une clarté nouvelle. Ce chercheur est convaincu que le sens de quelques chiffres peut, moyennant une étude sagace, guider le médecin, l'hygiéniste et, en temps voulu, le législateur. A ses yeux, qualifier un taux, c'est-à-dire lui appliquer avec commodité et sécurité un adjectif conventionnel spécifiant la classe ou catégorie à laquelle il appartient, n'est qu'un effort facile et un point de départ ; le principal bénéfice est dans la faculté de tirer de ce jugement toutes les facultés d'analyse qu'il implique : problèmes mieux posés, étude plus raffinée des phénomènes collectifs, recherche, si instructive, des corrélations entre les taux et les facteurs sociaux. La méthode que nous préconisons donnerait à cette contribution, que le mot utilitaire ne doit pas rabaisser, une vraie grandeur.

Grâce aux tables que nous jugeons nécessaires, la statistique aiderait à passer de l'étude quantitative à l'étude qualitative, c'est-à-dire à l'analyse des causes. La mesure aboutirait à la détection, et celle-ci appellerait la réforme. Reconnaissons le caractère encore retardataire de beaucoup d'investigations sociologiques, et spécialement de celles sur les résultats desquelles l'hygiène dite sociale voudrait prendre appui. Les disciplines qui dans d'autres domaines ont permis de magnifiques progrès doivent, par une juste imitation, être adoptées et adaptées. Après la physique et la chimie, la physiologie et la médecine ont su devenir de plus en plus méthodiques et de plus en plus tutélaires. Un certain taux d'urée ou un certain chiffre de tension artérielle est considéré par le praticien comme faible, modéré, fort ou très fort. Que des avancements analogues facilitent l'étude des maux sociaux ! Les médecins savent et veulent que, dans les sciences biologiques appliquées à l'observation de phénomènes individuels, les systèmes de mesures se multiplient. Ils doivent souhaiter qu'il en aille de même pour toute science des phénomènes collectifs : la sociologie sera d'autant plus bienfaisante qu'elle s'engagera plus résolument dans cette voie.

PIERRE JOANNON.

VIE ALIMENTAIRE PARISIENNE 1943 ET RÉGIMES MÉDICAUX

La question de la sous-alimentation a été évoquée dernièrement encore dans le livre de H. Bouquet, dans les notes de G. et M. Richet, et dans *Le Régime des Gastropathes* du professeur Carnot, qui vient de paraître. La ration des Parisiens est donc souvent maigre, elle est d'environ la moitié de la ration optimale, de « 300 calories inférieure au minimum vital ».

Comment les Parisiens ont-ils réagi ?

Cette année, bien qu'il n'y ait guère plus de denrées dans les boutiques souvent vides, un certain nombre se sont adaptés. Les pommes de terre ont été d'un grand secours. Quand nous circulons le matin aux heures de marché, tout en faisant nos visites à domicile, nous entendons les récriminations des mères de famille revenant du marché, leur panier vide.

Le marché noir existe toujours, il procure du reste de moins en moins d'éléments non contingentés : lapins, viande de porc, poulet deviennent de plus en plus rares. Les colis familiaux ont empêché les Parisiens de mourir de faim, et il est cependant beaucoup de familles qui n'ont aucune antenne en province et ne peuvent attendre aucun secours.

Les jardins potagers, les voyages à 100 ou 200 kilomètres même de Paris, les samedis et les dimanches, ravitaillent un quart de la population, et on se demande

ce qu'il adviendrait si les communications, très raréfiées, venaient à diminuer encore. Les restaurants ont fourni et fournissent encore, à une clientèle riche ou aisée, un appoint important. Ils sont moins nombreux, plus surveillés, et ne nous offrent, dans ceux de prix abordables, que des tomates, légumes ou fruits qu'il était impossible, hier encore, de trouver sur le marché.

Le crémier, le boulanger, le boucher ne sont pas à plaindre ; les autres commerçants qui ne vendent pas de denrées de ravitaillement ont la possibilité d'échanges profitables.

Dans le milieu ouvrier, la situation est souvent moins alarmante qu'on ne pourrait le croire. Les cantines scolaires pour les enfants, les cuisines d'entr'aide du Secours national, le goûter des mères ont fourni un gros effort et des suppléments alimentaires appréciables, mais ce ne sont que des solutions parcellaires, et ne faudra-t-il pas un jour, si la situation se prolonge, envisager non seulement des restaurants, mais des cuisines communautaires ?

Chez les ouvriers spécialisés et les artisans, la situation est un peu identique à celle des commerçants ; ils échangent le produit de leur travail contre des denrées utiles. Notamment dans les fermes, ils apportent un matériel difficile à trouver à la campagne et obtiennent ainsi un approvisionnement hebdomadaire régulier.

Enfin, il faut le reconnaître : dans les milieux ouvriers, on s'entr'aide ; de palier à palier, on se communique les renseignements utiles, on échange des denrées en excédent contre d'autres. Ce qui n'existe pas dans le milieu bourgeois ou modeste, où l'on s'ignore souvent dans la même maison, et nous connaissons un de nos maîtres les plus estimés qui, fin 1940 et 1941, dans un quartier du VIIIe arrondissement, par suite de vieillesse du conjoint et de la domesticité, avait bien du mal à se procurer la ration quotidienne familiale.

Les travailleurs de force, bien qu'ayant une ration plus privilégiée de 500 à 700 calories supplémentaires, dépensent au moins 1 000 calories de plus qu'un sédentaire.

Les vieillards sont certainement les plus défavorisés et, souvent, les mois d'hiver sont une succession de privations. Leur ration ne dépasse guère 1 200 calories. Ils ont du mal à faire leurs courses, chercher leur lait, leur charbon ou leur bois, et le Secours des Jeunes et des Louise de Marillac n'a pas été assez intensifié. Beaucoup de vieillards n'ont pas reçu l'aide qu'ils auraient dû recevoir. Un certain nombre sont morts de froid et les plus défavorisés, ceux du Bureau de Bienfaisance, n'ont été aidés que par des secours trop modestes de la mairie ou du Secours national, et on sait que le service social du Bureau de Bienfaisance, dans une ville comme Paris, n'existe que depuis peu de temps et a des assistantes en nombre infime.

On ne dira jamais assez le dévoûment et la peine que se donnent maîtresses de maison et mères de famille : station debout, courses et démarches pour les cartes, à la mairie, pour les régimes, les chaussures, les vêtements, le charbon, sans compter le souci de ne pas dépasser la ration en gaz et en électricité.

L'hiver 1942-1943 a été plus clément, mais qu'adviendrait-il en cas d'hiver rigoureux? Et vous savez que la quantité de combustible pour trois personnes a été de 1^{kg},666 par jour, quantité insuffisante pour élever la température d'une pièce de 1°, si elle est de 5° au départ. Paris en 1937 consommait 450 000 tonnes de charbon par mois ; actuellement, on n'en a reçu que 120 000, soit 25 p. 100 d'avant guerre. Cette question de chauffage est très grave, et il y aurait lieu de réduire le taux alloué aux cafés, aux restaurants, aux cinémas, aux mairies, etc.

L'hiver reviendra bientôt, et les médecins vont être obligés, à chaque visite, de donner, en plus de l'ordonnance, le certificat de charbon tant attendu par la mère qui veille son enfant malade.

Que peuvent les médecins ? Et quels rapports avons-nous en clientèle sur tous ces points ? Nos consultations sont peuplées de quémandeurs de certificats : certificats prénuptiaux, certificats d'arrêt de travail, certificats pour les assurances sociales, pour les travailleurs en Allemagne ; mais, en ce qui concerne les régimes médicaux, si la Préfecture de la Seine nous a prescrit des obligations impératives, nous avons le devoir moral d'aider la population, de remettre en place ceux qui abusent. Si nous devons donner des certificats de régime aux fébricitants, aux albuminuriques, aux diabétiques, nous devons proposer le régime de suralimentation à tous ceux qui y ont droit : tuberculeux pulmonaires

(Voir suite page V.)

en activité, tuberculeux osseux, anémiques (cas plus nombreux qu'on ne le pense, si on fait des examens hématologiques fréquents. Il y a en plus les intoxications professionnelles, telles que le benzolisme, qui donne lieu à des anémies sévères), les convalescents d'intervention chirurgicale. Notre action ne doit pas se borner là. A ceux qui abusent, il est facile de répondre par les textes administratifs. En leur faisant comprendre que les tuberculeux seuls y ont droit, il leur est agréable de savoir qu'ils ne sont pas du nombre de ces malades. Certains vous répondent : « Faut-il attendre de l'être ? »

Presque tous les médecins sont d'avis de ne pas hésiter à fournir la suralimentation à un adolescent qui grandit, donne des signes de fatigue, d'anémie, et l'enquête que nous faisons depuis trois ans, avec le Dr Julien Huber, au Comité national de l'Enfance, a bien montré le danger de la tuberculose de quinze à vingt ans, et le professeur H. Vincent en a fait état dans son vœu à l'Académie de médecine, le 20 avril dernier. Il ne faut pas hésiter non plus, pour certains travailleurs qui perdent rapidement 10 à 15 kilogrammes et qui ne peuvent les récupérer avec leurs rations quotidiennes et avec l'appoint des ampoules buvables de toute catégorie. C'est aussi le conseil que donne le professeur Carnot. Il faut être utile à tous ceux que nous jugeons en danger du fait de la sous-alimentation. Il faudra noter l'importance numérique du fléchissement pondéral par rapport à la taille (règles de Quetelet), et la ration quotidienne de 100 grammes de pain renouvelable pour trois mois à toute catégorie A et V dont le poids est inférieur de plus de 10 kilogrammes à celui fixé par cette règle semblerait une mesure justifiée (professeurs Carnot et Fiessinger).

Y a-t-il eu certificats de complaisance et exagération ? Je ne le crois pas. M. Carnot donne le chiffre de 450 000 pour la seule ville de Paris. J'ai eu la curiosité, depuis deux ans, de le demander au service des régimes d'un arrondissement périphérique de Paris, qui comprend plus de 150 000 habitants.

Le nombre des bénéficiaires du régime de suralimentation n'atteignait pas, l'an dernier, 8 p. 100. Cette année, 1er trimestre : 16 330, 2e trimestre : 18 082, ce qui fait du 11,5 p. 100.

Le régime I n'avait que 350 bénéficiaires.

Le régime II, 8 000 environ ; notez que ce régime a la faveur des gens âgés, à cause du quart de litre de lait, du supplément de pâtes, de pommes de terre.

Le régime III, 700 environ (régime des diabétiques).

Je me suis laissé dire que, dans des arrondissements centraux et aisés, les certificats de régime étaient plus nombreux, ce qui ne semble pas confirmer les chiffres suivants pour deux sections de distribution de cartes de ravitaillement en ce mois d'août 1943. Dans un arrondissement aisé, pour plus de 30 000 cartes, il a été distribué 2 000 régimes de suralimentation, ce qui fait à peine du 7 p. 100. Les chiffres précis que nous donnons montrent bien qu'il n'y a eu aucune exagération de la part des médecins.

Pour conclure, on pourrait peut-être donner plus de lait et de produits lactés, notamment de fromages secs, aux Parisiens, bien que, cette année, la production générale laitière ait baissé à cause de la sécheresse de 25 p. 100 (*L'Union laitière* du 1er août 1943) ; les pommes de terre (si la récolte est aussi bonne que l'an dernier) et les légumes secs pourraient être d'un précieux appoint dans le régime des adolescents, principalement pour ceux dont la croissance rapide peut mettre la santé en danger, dans les conditions présentes.

H. Roueche.

NÉCROLOGIE

CHARLES DARRAS

(1866-1943.)

La mort du Dr Charles Darras, le 12 septembre dernier, après quelques semaines de maladie, a douloureusement surpris tous ceux qui le voyaient encore, en juillet dernier, remplissant avec une activité presque juvénile les multiples tâches qu'il assumait depuis bien des années avec dévouement et désintéressement.

Vice-président de l'*Association générale des médecins de France* (A. G.), à la vie de laquelle il participait depuis près de cinquante ans, président d'honneur de la *Société centrale* de l'A. G., dont pendant vingt ans il avait été le très actif président, secrétaire général de la *Société de femmes et enfants de médecins* (F. E. M.), directeur de *La Vie médicale*, rédacteur du *Bulletin de l'Académie de médecine*, il continuait à assumer toutes ces charges avec entrain et, partout, avec le même cœur, à se mettre au service des autres.

Voici plus de quarante ans que je l'avais vu à l'œuvre, près de mon père, alors secrétaire général, puis président de l'Association générale. Déjà il était l'administrateur parfait, connaissant admirablement les choses et les gens. Comme l'a dit excellemment le Dr Touchard, secrétaire général de l'A. G., « c'est avec cœur qu'il mettait ses dons remarquables d'analyse et de critique au service des autres, et surtout des infortunés, accomplissant à leur égard le labeur quotidien de l'ouvrier qui assurait les moindres rouages de sa machine, attentif à son bon fonctionnement ». Trésorier, secrétaire général, simple commissaire, partout il poursuivait avec désintéressement une tâche utile entre toutes.

Tous ceux qui, ayant à soulager une misère dans notre grande famille médicale, avaient recours à lui savaient qu'en s'adressant à lui ils auraient les moyens de la secourir et, tout au moins, de l'atténuer. Nombreux aussi sont ceux que, par l'exemple et les conseils, il a formés, depuis un demi-siècle, aux tâches si utiles qu'il remplissait dans nos œuvres d'assistance médicale.

Le Dr Touchard a dit, au moment de sa mort, l'affectueuse reconnaissance de tous pour cet homme « dont la trop vive sensibilité redoutait les manifestations extérieures et qui craignait aussi les compliments, se défiant des mots et de leur vanité ». Ce n'est pourtant que justice de rappeler, au moment où Charles Darras disparaît, le grand rôle qu'il a joué dans les œuvres de bienfaisance de notre corporation.

P. LEREBOULLET.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Pley (de Saint-Omer). — Le Dr Foveau de Courmelles (de Paris). — Mme E. Anquez et M. Jean-Pierre Anquez, épouse et fils du Dr E. Anquez (de Longuenesse).

MARIAGES. — M. Roger Bénard, fils de Mme et de M. le professeur Henri Bénard, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, avec Mlle Colette Decharme. Nos bien vives félicitations. — Mlle Marguerite Touraine, fille du Dr Albert Touraine, médecin des hôpitaux de Paris, avec M. P. Cornet, externe des hôpitaux de Paris. — Mme le Dr Teissier-Carbonnier, avec M. Etienne Fels.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme A. Schlemmer font part de la naissance de leur fille, Geneviève. — Le Dr et Mme Pierre Brenugat font part de la naissance de leur fils, Pierre-Jean. — Le Dr et Mme Hansen (de Saint-Brieuc) font part de la naissance de leur fils, Yann. — Le Dr et Mme Pignet (de Saint-Georges-de-Didonne) font part de la naissance de leur fils, Erik. — Le Dr et Mme E. Plouch font part de la naissance de leur fils, Michel (Flers-de-l'Orne).

SANTÉ PUBLIQUE

Conseil supérieur de l'assistance de France. — M. le Dr Mauris, représentant du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, est nommé membre du Conseil supérieur de l'assistance de France, au titre de membre de droit, en remplacement de M. le Dr Nedelec.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont prorogés pour 1943-1944 les agrégés dont les noms suivent : MM. Boulin, Lemaire, Mouquin, Turpin, pathologie médicale ; M. Wilmoth, pathologie chirurgicale ; MM. Lacomme et Lantuéjoul, accoucheurs.

Sont renouvelés agrégés : MM. Calvet, anatomie (M. Mulon, retraité) ; Bargeton, physiologie (M. Gayet, décédé) ; Aubin, oto-rhino-laryngologie.

Sont chargés du service des chaires suivantes : M. Lacomme, agrégé prorogé, clinique obstétricale ; M. Fey, agrégé prorogé, chaire de clinique d'urologie ; M. Delay, agrégé en exercice, chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale.

M. Portes, professeur de la chaire de clinique obstétricale Tarnier, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est transféré, à compter du 1er octobre 1943, dans la chaire de clinique obstétricale Baudelocque, à cette même Faculté, en remplacement de M. Couvelaire, retraité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Dubarry, agrégé, a été chargé d'un cours complémentaire de vénéréologie ; M. de Grailly, agrégé, a été chargé du cours d'anatomie pathologique ; M. Liard a été chargé provisoirement des fonctions de chef des travaux de physiologie.

M. Girard, agrégé, a été chargé d'un cours complémentaire de cryptogamie ; M. Dervillée, agrégé, a été chargé d'un cours complémentaire de médecine légale ; M. Darget, agrégé, a été chargé d'un cours complémentaire d'urologie ; M. Moureau, chef de travaux, a été chargé d'un cours complémentaire de bactériologie ; M. le professeur Poplawski, de la Faculté de droit, a été chargé d'un cours complémentaire de législation pharmaceutique.

Sont chargés de cours complémentaires pour l'année scolaire 1943 : M. le professeur Péry (accouchements) ; M. Dufour, agrégé (anatomie) ; M. Castagnou, agrégé (chimie analytique) ; M. Mesnard, agrégé (pharmacie galénique) ; M. Mandoul, agrégé (microbiologie) ; M. le professeur Faugère (puériculture) ; M. Liard, chef des travaux (physiologie) ; M. Girard, agrégé (botanique).

M. Taveau est délégué dans les fonctions d'assistant (laboratoire de chimie) ; M. Pautrizel est délégué dans les fonctions d'assistant (laboratoire de zoologie) ; M. Coustou est délégué dans les fonctions d'assistant (laboratoire de pharmacie) ; M. Delos est chargé des fonctions d'assistant au laboratoire de physique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Vial, assistant, est chargé des fonctions de chef de travaux de physiologie. — M. Gaté, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie, est transféré, à compter du 1er octobre 1943, dans la chaire de clinique dermatologique et syphiligraphique (M. Favre, retraité).

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — **Concours de l'Internat.** — Répartition de MM. les Membres du Jury en sections.

Anatomie : Un médecin : M. le Dr Moussoir ; deux chirurgiens : MM. les Drs Berger et Blondin ; un spécialiste : M. le Dr Aubry.

Pathologie médicale : Quatre médecins : MM. les Drs Binet, de Gennes, Clément et Cachera.

Pathologie chirurgicale : Trois chirurgiens : MM. les Drs Métivet, Ameline, Gosset ; un accoucheur : M. le Dr Grasset.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Ve Concours ouvert pour une place.* — Liste de MM. les Membres du Jury par ordre du tirage au sort : MM. les Drs Mocquot, Raymond Bernard, Welti, Michon, Gueullette, Martin (honoraire), Boppe, Robert Monod, Braine, Oberlin ; Pierre Bourgeois, médecin.

Concours spécial pour prisonniers libérés. — *Concours pour une place d'électro-radiologiste des hôpitaux.* — Liste des membres du Jury par ordre de tirage au sort : MM. les Drs Duhem, Gilosn, Lepennetier, Mallet, Joly, Ledoux-Lebard, Gally, électro-radiologistes ; Henri Bénard, médecin ; Desplas, chirurgien.

Concours pour la nomination à deux places d'assistan d'ophtalmologie. — Ce concours sera ouvert le vendredi 21 janvier 1944, à 9 heures, à l'Administration centrale, Salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage).

Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite. Inscription à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, du 28 décembre 1943 au vendredi 7 janvier 1944 inclusivement.

Répartition de MM. les Élèves internes en médecine pour le deuxième semestre de l'année 1943-1944. — MM. les Élèves internes en médecine actuellement en fonctions et sans place pour le second semestre et les externes en premier sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres (salle des consultations de spécialités), à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour le deuxième semestre de l'année 1943-1944, savoir :

Internes en médecine, le jeudi 21 octobre 1943, à 15 heures.

Internes en premier, le vendredi 22 octobre 1943, à 16 heures.

N. B. — MM. les Élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Médecins anciens prisonniers. — Le ministre secrétaire d'Etat à l'Education nationale et le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille communiquent :

« En vue de faciliter aux médecins anciens prisonniers l'accession à certains emplois publics pour lesquels est exigée la possession du diplôme d'hygiène d'une faculté de médecine, le ministre de l'Education nationale, en accord avec le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, vient d'instituer, auprès des Facultés de Paris, Lille, Marseille, Montpellier et Nancy, une série de cours et travaux pratiques permettant une formation accélérée en vue de l'obtention de ce diplôme ; la durée de cette série de cours et travaux pratiques sera de deux mois.

» Ces cours seront réservés aux candidats docteurs en médecine ou étudiants n'ayant plus que leur thèse à soutenir et qui auront été retenus en captivité pendant deux années au moins après le 25 juin 1940. »

Enseignement préparatoire aux études médicales. — Un décret du 13 août 1943 a supprimé l'enseignement préparatoire aux études de médecine dans les écoles de plein exercice (celle de Nantes exceptée) et dans les écoles préparatoires de médecine, à dater de la rentrée de l'année scolaire 1943-1944. De ce fait, les étudiants qui se proposaient de suivre cet enseignement dans ces écoles se sont trouvés dans la nécessité de faire choix d'un établissement où le dit enseignement est donné, savoir : Facultés de médecine de Paris, Montpellier, Nancy, Strasbourg repliée à Clermont, Facultés mixtes de médecine et de pharmacie de Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Toulouse, École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Commission permanente du Codex. — ARTICLE PREMIER. — Sont nommés membres de la Commission permanente du Codex pour une durée de trois ans à compter du 1er octobre 1943.

Président : M. le Dr Aublant, secrétaire général de la Santé.

Vice-présidents : M. le professeur Baudouin, doyen de la Faculté de médecine de Paris ;

M. le professeur Damiens, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris.

Secrétaire général : M. Grégoire, chef du Service central de la pharmacie.

Secrétaire technique : M. le professeur Janot, professeur de pharmacie galénique à la Faculté de pharmacie de Paris.

Secrétaires techniques adjoints : M. Lormand, directeur du Laboratoire national de contrôle des médicaments ;

M. Volckringer, chef de la 1re section technique au Service central de la pharmacie.

a. *Membres présentés par le ministre secrétaire d'Etat à l'Education nationale :* M. H.-A. Aubertin, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris ;

M. H.-A. Bénard, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

M. Cadenat, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

M. N.-A. Fiessinger, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

M. P. Harvier, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

M. M. Loeper, professeur de clinique thérapeutique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

M. M. Tiffeneau, professeur de pharmacologie et matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

M. Delaby, professeur de pharmacie chimique à la Faculté de pharmacie de Paris.

M. J.-M. Fabre, professeur de toxicologie à la Faculté de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine.

M. Fleury, professeur de chimie analytique à la Faculté de pharmacie de Paris.

M. Mascre, professeur d'histoire naturelle des médicaments simples d'origine végétale à la Faculté de pharmacie de Paris.

M. Picon, professeur de physique à la Faculté de pharmacie de Paris.

M. Régnier, professeur de cryptogamie et microbiologie à la Faculté de pharmacie de Paris.

M. Charonnat, maître de conférences à la Faculté de pharmacie de Paris, directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux.

M. Valette, maître de conférences à la Faculté de pharmacie de Paris.

h. *Membres désignés par le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille:* M. Saint-Delépine, membre de l'Institut.

M. Goris, membre de l'Académie de médecine.

M. Tréfouel, directeur de l'Institut Pasteur.

M. Massy, pharmacien inspecteur du Corps civil de santé.

M. Papillaud, président du Conseil supérieur de la pharmacie.

M. R. Hazard, pharmacien chef des hôpitaux de Paris.

M. Ramon, professeur à l'Institut Pasteur.

M. Simonet, professeur d'hygiène à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort.

M. Vuillaume, professeur de chimie et de pharmacie à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort.

M. Velluz, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

M. Bernier (René), ancien président de la Société de pharmacie de Paris.

M. Lantenois, président de la Chambre des droguistes en pharmacie et répartiteurs de produits pharmaceutiques.

M. Peneau, ancien président de la Société de chimie biologique.

M. Poulenc (Pierre), membre de la Chambre des fabricants de produits pharmaceutiques.

M. Schuster, pharmacien d'officine.

COURS ET CONFÉRENCES

Chaire de clinique gynécologique. — Hôpital Broca (111, rue Broca). — Professeur : M. Pierr Mocquot.

Cours supérieur de gynécologie et de biologie appliquée.

M. le professeur Pierre Mocquot; M. R. Moricard, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes, chef du laboratoire ; M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie, feront ce cours, du 8 novembre au 18 décembre 1943, avec la collaboration de Mlle Gothie, préparatrice du laboratoire ; M. P. Lejeune, ancien chef de clinique obstétricale ; Mme Moricard, chargée de la consultation endocrinologie ; Mlle Orsoni ; M. J. Pulsford, assistant d'électro-radiologie ; M. Thoyer-Rozat, chef de clinique gynécologique.

Ce cours s'adresse aux médecins désirant être mis au courant des méthodes récentes de diagnostic et de traitement en gynécologie. Le stage clinique pourra être prolongé au delà de la fin du cours. Un certificat d'assiduité pourra être délivré à la fin du stage.

Emploi du temps de 9 h. 15 à 12 h. 15.

Les lundis, à 9 h. 15 : Cours. *A* 10 *heures* : Exposé du professeur Mocquot sur les opérations du jour ; *à* 10 *h.* 15 : Opérations par M. Mocquot. Consultation de gynécologie par M. Palmer.

Les mardis, à 9 h. 15 : Cours. *A* 10 *heures* : Consultation par M. Mocquot. Opérations par les assistants ; Hystéro-salpingographie, par M. Palmer ; Electrocoagulations, par M. Lejeune. *A* 11 *h.* 30 : Conférence.

Les mercredis, à 9 h. 15 : Cours. *A* 10 *heures* : Exposé du professeur Mocquot sur les opérations du jour. *A* 10 *h.* 15 : Opérations par M. Mocquot ; consultation de gynécologie par Mlle Orsini. *A* 11 *h.* 30 : Conférence.

Les jeudis, à 9 h. 15 : Cours. *A* 10 *heures* : Examen des malades des salles par M. Mocquot. Opérations par les assistants ; consultation d'endocrinologie par Mme Moricard. *A* 11 *h.* 30 : Conférence.

Les vendredis, à 9 h. 15 : Cours. *A* 10 *heures* : Exposé du professeur Mocquot sur les opérations du jour. *A* 10 *h.* 15 : Opérations par M. Mocquot ; consultation de stérilité par M. Palmer ; consultation de gynécologie par M. Lejeune.

Les samedis, à 9 h. 15 : Cours. *A* 10 *heures* : Examen de malades à opérer par M. Mocquot. *A* 11 *heures* : Leçon clinique par le professeur Mocquot.

Programme des cours et conférences.

I. *Méthodes d'exploration.* — 1. L'examen gynécologique ; 2. L'hystérosalpingographie ; 3. L'interrogatoire en gynécologie ; 4. Test de Schiller, colposcopie, biopsies du col ; 5. Insufflation utéro-tubaire ; 6. Hystéroscopie ; 7. Courbe thermique et actions hormonales en gynécologie ; 8. Etude des sécrétions vaginale et cervicale.

II. *Biologie.* — 9. Bases cytologiques ; 10. Bases chimiques ; 11. Œstradiol ; 12. Progestérone ; 13. Testostérone ; Corticostérone ; 14. Gonadotrophines ; 15. Vitamines ; diastases ; 16. Exploration cyto-hormonale.

III. *Syndromes fonctionnels.* — 17. Les leucorrhées et leurs traitements ; 18. La menstruation ; les troubles du molimen ; 19. Les dysménorrhées et leurs traitements ; 20. Les insuffisances menstruelles ; 21. Ménorragies ; 22. Métrorragies ; 23. Crise intermenstruelle ; 24. Dyspareunies ; vaginisme ; 25. Les prurits vulvaires et leurs traitements ; 26. Les troubles de castration et de ménopause ; 27. Stérilités d'origine tubaire ; 28. Stérilités sans obstacle tubaire.

IV. *Pathologie.* — 29. Avortement et accidents consécutifs ; 30. Le dépistage de la gonococcie féminine chronique ; 31. Les traitements de la gonococcie féminine ; 32. Les déviations utérines et leurs traitements ; 33. Les prolapsus génitaux (formes cliniques et traitements) ; 34. Les métrites cervicales et leurs traitements ; 35. Annexites ; traitement conservateur ; 36. Suppurations pelviennes ; 37. Tuberculose utéro-annexielle ; 38. Grossesse extra-utérine (acquisitions récentes) ; 39. Les lésions dystrophiques et précancéreuses du col ; 40. Cancer du col (diagnostic ; explorations) ; 41. Cancer du col (indications thérapeutiques) ; 42. Cancer du corps utérin ; 43. Indications thérapeutiques dans les fibromyomes utérins non compliqués ; 44. Complications des fibromes ; 45. Polypes utérins ; 46. Kystes de l'ovaire et du ligament large ; 47. Tumeurs solides de l'ovaire ; 48. Endométriose ; 4. Cancers et lésions précancéreuses de la vulve ; 50 Tumeurs bénignes du sein et mastoses ; 51. Traitement des cancers du sein ; 52. L'uretère en gynécologie.

V. *Thérapeutique.* — 53. Diathermie : électrocoagulation ; 54. Ondes courtes ; 55. Radiothérapie des fibromyomes utérins ; 56. Radiothérapie des cancers du col utérin ; 57. Hormonothérapie œstrogène ; 58. Hormonothérapie progestative ; 59. Hormonothérapie gonadotrope ; 60. Hormonothérapies testostéronique, insulinique, etc.

Ce cours sera suivi, du 15 janvier au 15 mars 1944, d'un cours supérieur sur la prévention et le traitement des stérilités pathologiques, fait en collaboration avec la clinique obstétricale Baudelocque (professeur M. Portes).

Droit d'inscription : 600 francs.

S'inscrire à la Faculté de médecine, au Secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4, de 14 à 16 heures).

REVUE DES LIVRES

Arthur de Bretagne, par Claude Bernard, drame en cinq actes et en prose avec un chant. *Deuxième édition*, publiée par le Dr Jean-Marie Le Goff. (*J.-E. Baillière et Fils, éditeurs.*)

Le Dr Jean-Marie Le Goff vient de procéder à la réédition d'un drame écrit par Claude Bernard sur le premier duc de Bretagne qui ait porté le nom d'Arthur.

Comment l'illustre savant fut-il amené, alors qu'il n'était encore qu'un jeune préparateur en pharmacie, à s'intéresser au jeune prince qui, à la fin du XIIe siècle, symbolisa la foi du peuple breton dans ses destinées, avant de périr à peine adolescent, victime de la politique cauteleuse des rois de France et d'Angleterre, c'est là une question que se pose le professeur Henri Roger, qui a écrit la préface de cette seconde édition, et qui y répond en suggérant que Claude Bernard dut avoir des ecclésiastiques bretons parmi ses premiers professeurs.

Quoi qu'il en soit, la destinée de cette œuvre littéraire ne fut guère plus heureuse que celle du personnage qu'elle mettait en scène : l'auteur, qui croyait pouvoir y attacher une grande valeur, se rendit à Paris, en novembre 1834, pour la présenter au célèbre critique et professeur Saint-Marc Girardin. Celui-ci la jugea médiocre et conseilla à son jeune auteur de se tourner vers un autre genre d'activité. Par la suite, Claude Bernard devint un savant, d'une réputation mondiale, et *Arthur de Bretagne* était oublié de tous, sauf de son auteur, qui la remit à l'un de ses élèves, Georges Barral. Ce dernier la fit paraître neuf ans plus tard, en 1887. Mais cette édition fut presque entièrement détruite par un incendie et le reste en fut saisi et vraisemblablement détruit sur intervention de la veuve du savant.

Nous sommes donc redevables au Dr Le Goff que cette œuvre n'ait pas définitivement sombré dans l'oubli.

Il faut s'en féliciter non pas seulement en raison de l'évidente curiosité que constitue cet ouvrage littéraire d'un grand scientifique, mais aussi à cause des incontestables qualités dramatiques de cette pièce de théâtre.

Claude Bernard n'est pas le seul auteur dramatique, puisqu'il a droit à ce titre, qui ait placé Arthur de Bretagne sur la scène. Avant lui, Shakespeare dans *Le Roi Jean*, après lui Louis Tiercelin en 1875 et Frédéric Heurlipes en 1895 ont choisi le même personnage et le même titre pour leur pièce.

Il ne conviendrait pas, dans un compte rendu aussi court que celui-ci, d'établir une comparaison entre la façon dont ces différents auteurs ont compris et traité leur sujet. Mais il convient de dire que, si Claude Bernard n'a pas toujours respecté la lettre de l'histoire, en vieillissant considérablement Arthur, par exemple, et en introduisant le personnage imaginaire de Marie des Roches, du moins semble-t-il avoir cherché à comprendre l'esprit de l'époque qu'il avait à dépeindre.

Quoi qu'il en soit, cet ouvrage sera lu avec le plus grand intérêt par les médecins qui s'intéressent à l'œuvre de Claude Bernard.

R. D.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

LOI N° 961 RELATIVE A LA PROTECTION DE LA MATERNITÉ ET DE LA PREMIÈRE ENFANCE *(Suite)*

B. — FORMALITÉS SPÉCIALES AUX ENFANTS PLACÉS EN NOURRICE OU EN GARDE, AUX NOURRICES AU SEIN ET AUX DONNEUSES DE LAIT.

ART. 12. — *Déclaration des parents.* — Sera punie d'une peine de six jours à six mois d'emprisonnement et d'une amende de 200 à 3 600 francs toute personne qui place son enfant en nourrice ou en garde *sans faire à la mairie de sa résidence une déclaration* en indiquant le lieu de naissance de l'enfant, son état civil, et en produisant la copie des certificats prévus à l'article 13.

Lors du placement, il devra être remis à la nourrice ou gardienne le carnet de santé de l'enfant constatant :

1° Que celui-ci n'est atteint d'aucune maladie transmissible ;

2° Qu'il peut être transporté sans danger.

Les parents qui, nonobstant la mise en demeure qui leur sera adressée par le médecin inspecteur de la santé, maintiennent leurs enfants chez des nourrices interdites seront punis d'un emprisonnement de six à dix jours.

ART. 13. — *Certificats exigés des nourrices et gardiennes.* — Toute personne qui veut recevoir chez elle un nourrisson, ou un ou plusieurs enfants en garde, est tenue de se munir préalablement :

1° D'un certificat du maire de la commune de sa résidence mentionnant son état civil, indiquant sa moralité et celle des personnes qui vivent sous le même toit, ses moyens d'existence, précisant si elle a déjà élevé d'autres enfants et attestant que ni la nourrice, ni une personne de son entourage n'est alcoolique notable ;

2° D'un certificat médical déclarant qu'elle est apte à élever un enfant, que la maison où elle habite est salubre, et que ni elle ni aucune personne appelée à cohabiter avec l'enfant n'est atteinte de tuberculose ou de syphilis ; à cet égard, le certificat doit préciser que des examens cliniques, et autant que possible radiologiques, bactériologiques et sérologiques, ont donné des résultats négatifs. Le certificat indique enfin le nombre d'enfants qu'elle peut recevoir en garde, celui-ci ne pouvant en aucun cas excéder trois ;

3° Si elle veut nourrir l'enfant au sein, le certificat médical doit attester qu'elle est apte à allaiter ; le certificat du maire doit également indiquer si son dernier enfant est vivant et, dans l'affirmative, constater, avec un extrait de l'acte de naissance à l'appui, qu'il est âgé au moins de six mois.

Toute déclaration ou énonciation reconnue fausse dans lesdits certificats sera punie des peines prévues à l'alinéa 1er de l'article 155 du Code pénal.

ART. 14. — *Déclaration des nourrices et gardiennes.* — Sera punie d'une peine de six jours à six mois d'emprisonnement et d'une amende de 200 à 3 600 francs toute personne qui aura reçu chez elle un nourrisson ou un enfant en garde sans :

1° En faire la déclaration à la mairie de la commune de sa résidence dans un délai de trois jours à compter de l'arrivée de l'enfant, en produisant le certificat de salubrité et d'aptitude à la garde mentionné à l'article 13.

2° En cas de changement de résidence, notifier ce changement à la mairie de la commune qu'elle quitte et faire une nouvelle déclaration à la mairie de la commune dans laquelle elle vient se fixer, accompagnée des certificats prévus à l'article 13 ;

3° Déclarer dans les mêmes délais le retrait de l'enfant par ses parents ou la remise de cet enfant à une autre personne pour quelque cause que cette remise ait lieu ;

4° En cas de décès de l'enfant, en faire dans les vingt-quatre heures la déclaration légale.

Si un enfant précédemment en nourrice, en garde ou en sevrage, décède à l'hôpital, l'administration de l'hôpital est tenue d'en aviser sans délai la mairie de la résidence de la nourrice ou gardienne, en même temps que l'inspecteur de la santé de la circonscription.

ART. 15. — *Déclaration des personnes engageant une nourrice au sein.* — Nul ne peut prendre chez lui une nourrice au sein ou donneuse de lait sans que celle-ci soit munie des divers certificats prévus à l'article 16. Il doit, dans les quarante-huit heures de l'arrivée de la nourrice, en faire la déclaration à la mairie de sa résidence et y présenter :

1° Lesdits certificats ;

2° Une déclaration signée de la nourrice spécifiant les conditions de placement de son enfant et attestant, s'il a moins de six mois, qu'il est élevé au sein ;

3° Un certificat médical constatant que l'enfant confié à la nourrice ne présente aucun signe de maladie transmissible.

ART. 16. — *Certificats exigés des nourrices au sein.* — Toute nourrice au sein ou donneuse de lait ne peut se placer chez autrui sans justifier :

1° D'un certificat médical établissant qu'elle est apte à allaiter et n'est atteinte d'aucune maladie transmissible, qu'elle a subi les examens de dépistage de la syphilis et de la tuberculose mentionnés à l'article 13 ;

2° D'un certificat du maire de la commune de sa résidence mentionnant son état civil et indiquant, par extrait joint de l'acte de naissance, que son enfant a plus de six mois.

Exceptionnellement, une mère dont l'enfant n'a pas six mois révolus peut nourrir au sein un autre enfant en même temps que le sien :

1° Si un certificat médical constate qu'elle peut suffire à cette double tâche ;

2° En cas de soudaine carence lactée d'une autre mère.

ART. 17. — Si le médecin appelé par l'assistance dans les conditions prévues par l'article 8 reconnaît, soit chez la nourrice, soit chez l'enfant, les symptômes d'une maladie susceptible d'être transmise, l'allaitement au sein peut être supprimé par décision du médecin inspecteur de la santé, qui en avise immédiatement les parents.

ART. 18. — *Registres ouverts dans les mairies.* — Il est ouvert dans les mairies deux registres destinés à recevoir :

Le registre n° 1 : les déclarations des parents, prévues aux articles 12 et 15 ;

Le registre n° 2 : les déclarations des nourrices ou éleveuses prévues à l'article 14.

En cas d'absence ou de tenue irrégulière des registres, le maire est passible de la peine édictée à l'article 50 du Code civil.

Le maire donne avis dans les quarante-huit heures à l'assistante du secteur, par l'intermédiaire de la commune de placement de l'enfant, des déclarations déposées.

ART. 19. — *Privilèges des nourrices.* — En cas de non-payement du salaire des nourrices ou des gardiennes, une tentative amiable est faite par les soins du préfet auprès des parents ou des personnes qui ont effectué les placements.

Si les nourrices ou gardiennes sollicitent l'assistance judiciaire, le procureur de la République communique, pour avis, leur demande au préfet.

Les mois de nourrice font partie des créances privilégiées et prennent rang entre les numéros 3 et 4 de l'article 2101 du Code civil.

Titre V. — Établissements concourant à la protection maternelle et infantile.

ART. 20. — Le centre principal de protection maternelle et infantile prévu dans chaque circonscription par l'article 2 de la présente loi est constitué par des formations sanitaires diverses relevant d'organismes publics ou privés exerçant leur activité, en partie ou en totalité, dans le domaine de la protection maternelle et infantile.

Le centre comprend obligatoirement :

Une consultation de médecine générale ; une consultation prénatale ; un service d'accouchement ; un service antivénérien ; une consultation antituberculeuse ; une consultation de nourrissons ; une consultation de pédiatrie.

Il doit avoir à sa disposition un ou plusieurs services hospitaliers spécialisés (femmes enceintes, nourrissons et enfants), ainsi qu'un laboratoire de radiologie et un laboratoire d'analyses médicales.

Des centres secondaires sont constitués par le directeur régional, suivant les besoins et les possibilités offertes par l'armement sanitaire local.

ART. 21. — *Surveillance des établissements.* — La surveillance de tous les établissements recevant des enfants en nourrice ou en garde, tels que : maisons maternelles, crèches, pouponnières, chambres d'allaitement, est exercée, au point de vue médical et technique, par les médecins inspecteurs de la santé, et au point de vue administratif et financier, par les inspecteurs des services de l'assistance. Cette surveillance s'étend obligatoirement aux consultations de nourrissons et gouttes de lait, qui concourent à l'application de la loi, ainsi qu'aux bureaux de placement de nourrices, aux meneurs, meneuses,

sages-femmes et autres intermédiaires s'employant habituellement au placement des enfants.

L'ouverture des différents établissements est subordonnée à l'autorisation du directeur régional de la santé et de l'assistance. Tout refus d'agrément devra être motivé et basé sur des considérations d'ordre technique.

La surveillance de l'état de santé des personnes énumérées au premier alinéa du présent article ainsi que du personnel des établissements visés au même alinéa incombe aux médecins inspecteurs de la santé. Les modalités en seront fixées par le directeur régional de la santé et de l'assistance, qui pourra prescrire notamment tous examens utiles dans un dispensaire.

Quiconque exerce sans autorisation préalable la profession de directeur de bureau de nourrices, de meneur ou de meneuse, ou qui néglige de se conformer aux conditions de l'autorisation et aux prescriptions du règlement, est puni d'une amende de 200 francs à 3 600 francs ; en cas de récidive, un emprisonnement de six jours à quinze jours pourra être également prononcé.

Les conditions dans lesquelles sera accordée cette autorisation et les modalités de la surveillance des établissements visés à l'aliné 1er seront fixées par décret.

Titre VI. — Aide aux mères de famille. Allocations journalières aux femmes en couches.

Art. 22. — Toute femme de nationalité française et privée de ressources suffisantes a droit, pendant la période de repos qui précède et qui suit immédiatement ses couches, à une *allocation journalière* qui ne peut être cumulée avec les secours prévus par la loi du 27 juin 1904.

Les ressources temporaires résultant de leur participation à des sociétés de prévoyance, et notamment aux mutualités maternelles, dont les femmes en couches pourront disposer pendant la période de repos ne devront pas entrer en ligne de compte dans l'évaluation des ressources.

Art. 23. — *Conditions d'attribution de l'allocation.* — Avant les couches, la postulante doit justifier, par la production de certificats médicaux, qu'elle a subi les deux examens de grossesse prévus par l'article 5 de la présente loi et qu'elle ne peut continuer à travailler sans danger pour elle-même ou pour l'enfant. Après les couches, l'allocation est accordée pendant les quatre premières semaines si la demande est formulée avant l'expiration de ce délai. L'allocation ne peut, pour la période qui précède les couches comme pour celle qui les suit, être mandatée pendant plus de quatre semaines. Elle ne peut, à un moment quelconque, être accordée ou maintenue que si l'intéressée non seulement a suspendu l'exercice de sa profession habituelle, mais encore observe tout le repos effectif compatible avec les exigences de sa vie domestique ainsi que les prescriptions de la présente loi, et que si elle prend, pour son enfant et pour elle-même, les soins d'hygiène nécessaires, conformément aux instructions que lui donnera à cet effet l'assistante du secteur.

Art. 24. — *Fixation du taux de l'allocation.* — Le taux de l'allocation journalière est arrêté, pour chaque commune du département, par le préfet, après avis du conseil municipal et du directeur régional de la santé et de l'assistance. Les limites minima et maxima en seront fixées par décret contresigné par le ministre secrétaire d'État aux finances et par le secrétaire d'État à la santé. Si l'allocation dépasse la limite maxima, l'excédent est à la charge exclusive de la commune.

Art. 25. — L'allocation journalière est réduite de moitié en cas d'hospitalisation, pendant la durée de celle-ci, si l'intéressée n'a pas d'autre enfant vivant au-dessous de quatorze ans.

L'allocation est incessible et insaisissable. Elle est payée à l'assistée. Elle peut être versée en nature, soit partiellement, soit totalement.

Art. 26. — *Primes d'allaitement au sein.* — Toute Française admise au bénéfice de l'assistance aux femmes en couches et allaitant son enfant au sein reçoit une allocation suplémentaire pendant les six mois qui suivent l'accouchement et une allocation moitié moindre pendant les deux mois suivants ; les taux de ces allocations seront fixés par décret.

Il peut être également formulé une demande ayant

pour unique objet l'attribution de l'allocation d'allaitement instituée par la présente loi. Cette demande sera recevable jusqu'à l'expiration du délai de trois mois consécutifs à l'accouchement. Elle est soumise aux mêmes conditions et à la même procédure que les demandes d'assistance aux femmes en couches.

Cette allocation ne sera servie qu'à la condition formelle que la mère prenne, pour son enfant et pour elle-même, les soins d'hygiène visés à l'article 23 de la présente loi.

ART. 27. — En cas de *naissances multiples*, les allocations accordées après les couches et les primes d'allaitement au sein sont proportionnelles au nombre d'enfants.

ART. 28. — *Mode d'admission.* — L'admission au bénéfice des dispositions du titre VI de la présente loi est prononcée dans les conditions fixées par les articles 6, 7 et 8 du décret-loi du 30 octobre 1935 prévoyant l'unification et la simplification des barèmes en vigueur pour l'application des lois d'assistance.

L'allocation est supprimée dès que les diverses conditions requises pour avoir droit à l'assistance ne sont plus remplies ou dès qu'il est constaté que des déclarations inexactes ont été fournies par la postulante ; dans ce dernier cas, il y a lieu à répétition de la part du préfet agissant au nom des diverses collectivités intéressées. Cette suppression fait l'objet d'une décision nouvelle dans la forme prévue par les admissions.

ART. 29. — *Domicile de secours.* — Le domicile de secours s'acquiert et se perd dans les conditions prévues par les articles 2 et 3 du décret-loi du 30 octobre 1935 relatif à l'unification des barèmes des lois d'assistance.

ART. 30. — *Organismes de distribution.* — Les allocations d'assistance aux femmes en couches et des primes d'allaitement pourront être distribuées aux intéressées par l'intermédiaires des centres de protection maternelle et infantile, consultations de nourrissons et autres organismes agréés par le directeur régional de la santé et de l'assistance, qui exerce, en outre, la protection et la surveillance prévues par la loi.

Titre VII. — Dispositions financières.

ART. 31. — Les dépenses de la protection de la maternité et de l'enfance comprennent les dépenses de protection et les dépenses d'assistance.

ART. 32. — *Dépenses de protection.* — Les dépenses de protection comprennent :

1° Les dépenses des services publics d'assistantes sociales qui concourent à l'application de la présente loi ;

2° Les honoraires médicaux et les indemnités de déplacement des médecins appelés à visiter les enfants à la demande du service ; les tarifs utilisés pour le calcul desdits honoraires et indemnités de déplacement sont ceux de l'assistance médicale gratuite en vigueur dans le département ;

3° Les frais de fonctionnement des consultations de nourrissons publiques agréées ;

4° Les récompenses pécuniaires aux nourrices et les primes d'assiduité aux consultations des nourrissons ;

5° Les imprimés du service, notamment les carnets de santé prévus par l'article 11 de la présente loi.

Elles sont inscrites au budget départemental et font l'objet d'une contribution de l'État et des communes, conformément au décret-loi du 30 octobre 1935 prévoyant l'unification des barèmes des lois d'assistance.

Viennent en atténuation des dépenses indiquées au présent article toutes recettes faites par l'État ou les départements susceptibles de constituer des fonds de concours en vue de l'application de la présente loi.

ART. 33. — *Recettes de protection.* — Ces recettes comprennent :

1° Les remboursements effectués par les organismes professionnels en contre-partie de la surveillance exercée et des soins donnés au profit de leurs ressortissants ;

2° Les versements effectués par les bénéficiaires eux-mêmes ;

3° Les subventions, dons ou legs faits sans affectation spéciale.

ART. 34. — *Dépenses d'assistance.* — Les dépenses d'assistance comprenant :

1° Les allocations aux femmes en couches ;

2° Les primes d'allaitement.

Ces dépenses sont inscrites aux chapitres correspondants des budgets départementaux et font l'objet d'une contribution de l'État et des communes, conformément au décret-loi du 30 octobre 1935 prévoyant l'unification et la simplification des barèmes en vigueur pour l'application des lois d'assistance.

Indépendamment de la subvention allouée en exécution de l'alinéa précédent, l'État est chargé des allocations pour le repos des femmes en couches et pour l'allaitement maternel accordées en vertu des articles ci-dessus aux femmes privées de ressources suffisantes n'ayant aucun domicile de secours.

ART. 35. — Le préfet, sur proposition du directeur de la santé et de l'assistance, arrête les prévisions de recettes et de dépense du service, et procède à l'inscription des crédits au budget départemental.

ART. 36. — Les dépenses énumérées aux articles 32 et 34 constituent pour les départements des dépenses obligatoires.

Si un département omet ou refuse d'inscrire au budget les crédits suffisants pour l'acquittement des dépenses obligatoires du service qui sont à sa charge, les crédits nécessaires sont inscrits d'office au budget, soit ordinaire, soit extraordinaire, par un décret pris sur le rapport du ministre secrétaire d'État à l'Intérieur et du ministre secrétaire d'État aux Finances.

Titre VIII. — Dispositions diverses.

ART. 37. — *Secret professionnel.* — L'article 378 du Code pénal relatif au secret professionnel est applicable à toute personne appelée à collaborer à la protection de la maternité et de la première enfance.

ART. 38. — *Pénalités.* — Les infractions aux dispositions des articles 15 et 16 de la présente loi sont punies d'une amende de 75 à 180 francs.

Quiconque, de quelque manière que ce soit, aura mis les fonctionnaires ou les agents qualifiés par la présente loi dans l'impossibilité d'accomplir leurs fonctions sera puni d'une amende de 200 à 3600 francs, sans préjudice des dispositions des articles 209 et suivants du Code pénal.

Sont applicables à tous les cas prévus par la présente loi les articles 482 et 483 du Code pénal.

ART. 39. — *Rapports.* — Les directeurs régionaux de la santé et de l'assistance adressent chaque année au secrétaire d'État à la santé un rapport sur le fonctionnement de la protection de la maternité et de la première enfance.

Le secrétaire d'État adresse, tous les cinq ans, au chef de l'État, un rapport officiel sur l'exécution de la présente loi.

ART. 40. — Sont abrogées toutes dispositions contraires de la présente loi, et notamment la loi du 23 décembre 1874, le décret-loi du 30 octobre 1935 portant modification de la loi du 23 décembre 1874, les articles 99 et 100 du décret-loi du 29 juillet 1939, modifiés par le décret-loi du 3 novembre 1939, ainsi que, à l'exception des dispositions codifiées du code du travail, les lois des 17 juin et 30 juillet 1913, 2 décembre 1917, 21 octobre 1919, 30 avril 1921 et l'article 168 de la loi du 16 avril 1930.

ART. 41. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* et sera exécuté comme loi de l'État.

(*J. O.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 15 octobre 1943.

Accidents nerveux spontanés au cours d'une pleurésie. — MM. R. CACHERA et G. SCHERRER relatent l'observation d'une jeune femme de vingt-trois ans, sans aucun passé pathologique, qui présenta, au début d'une pleurésie séro-fibrineuse droite, en l'absence de toute ponction, des accidents nerveux : état de mal épileptique, perte de connaissance, hémiplégie droite avec aphasie. L'hémiplégie régressa en un mois environ, la dysarthrie plus lentement.

Les auteurs discutent la relation de causalité qui unit les phénomènes nerveux et pleuraux, et estiment que l'atteinte de la plèvre a été la cause effective des phénomènes nerveux. La pathogénie de ces accidents spontanés au cours des pleurésies demeure incertaine. Deux éventualités paraissent possibles : l'embolie cérébrale par thrombus détaché du cœur gauche ou des veines pulmonaires, et le réflexe pleural. Dans des observations antérieures, les constatations autopsiques appuient tantôt l'une, tantôt l'autre hypothèse. Dans le cas particulier, en l'absence de données anatomiques, il paraît impossible de conclure.

Recherche clinique du spasme bronchique. — MM. P. Ameuille, J.-M. Lemoine et J. Dos Ghali ont recherché le spasme bronchique chez des asthmatiques et des dyspnéiques par bronchoscopie et bronchographie lipiodolée. La bronchoscopie ne leur a pas permis de démontrer de façon certaine le spasme bronchique, même en pleine crise, au moins sur les bronches accessibles à l'endoscopie. En revanche, ils ont trouvé de façon quasi constante l'injection et l'épaississement de la muqueuse, avec hypersécrétion de mucus épais.

La bronchographie lipiodolée leur a fourni à plusieurs reprises des images d'amincissement de la lumière bronchique injectée. Ils ont pu dans un cas voir cet amincissement le céder à un calibre normal sous l'influence d'un traitement approprié. Ils ne peuvent affirmer que cet amincissement est dû au spasme. Ils concluent que celui-ci est très difficile à démontrer chez l'homme vivant et qu'il ne faut en utiliser l'hypothèse qu'avec beaucoup de réserve pour l'explication des troubles pathologiques respiratoires.

Emphysème obstructif du poumon gauche par fistulisation d'une adénopathie caséeuse dans la bronche souche gauche. — MM. Julien Marie, Ph. Seringe et R. Umdenstock ont observé, chez une fillette de huit ans, la perforation d'une adénopathie caséeuse dans la bronche gauche un an après la primo-infection tuberculeuse. Le diagnostic fut posé sur les seuls signes cliniques et radiologiques (sifflements respiratoires, expectoration de petits blocs de caséum, emphysème obstructif du poumon gauche), et confirmé par la bronchoscopie. Les auteurs insistent sur la valeur clinique des sifflements respiratoires, sur la nécessité d'examens radiologiques du thorax en inspiration et en expiration forcées, sur la constatation radiographique de la caverne ganglionnaire juxta-hilaire gauche et sur le fait le plus remarquable de cette observation : la tolérance parfaite de l'organisme au regard de cette évolution de l'adénopathie caséeuse vers la rupture bronchique. L'enfant n'a présenté aucun trouble fonctionnel pénible, aucune élévation thermique, aucun retentissement général et aucune dissémination parenchymateuse ultérieure.

M. Ameuille a eu l'occasion d'observer quelques cas analogues chez l'adulte.

M. Rist insiste sur la valeur séméiologique différente du sifflement et du cornage dans les troubles de la ventilation pulmonaire.

Intoxication par le diméthyl-sulfate et dilatation des bronches. — MM. J. Celice, Pelicier et Chadoutaud relatent deux observations d'intoxication par le diméthyl-sulfate. Après des symptômes graves cutanéo-muqueux, pharyngo-laryngés et broncho-pulmonaires, la guérison a lieu. Des dilatations des bronches importantes sont décelées dans les mois qui suivent.

Atélectasie pulmonaire aiguë. — MM. R.-A. Marquézy et G. Richet rapportent un cas d'atélectasie pulmonaire aiguë survenu chez une enfant de huit ans et demi, au cours d'une tuberculose de primo-infection. Les signes cliniques faisaient penser au premier abord à une pleurésie, que semblait confirmer la ponction, ramenant un peu de liquide puriforme. Mais l'examen radiologique affirma le diagnostic en montrant une ombre homogène à limite supérieure oblique en bas et en dehors, une rétraction de la paroi costale, une surélévation du diaphragme, une attraction du cœur et de la trachée vers le côté atteint. Un examen lipiodolé montra l'absence d'injection du territoire opaque et l'arrêt de l'huile iodée dans la bronche souche. Un mois plus tard, l'image bronchique était normale.

Une évolution aussi aiguë n'est pas habituelle au cours des compressions bronchiques par un ganglion tuméfié. Aussi les auteurs discutent la possibilité d'une perforation bronchique, d'autant plus que la bronchoscopie leur a permis de noter une saillie cicatricielle sur la paroi interne de la bronche, à l'endroit même de l'arrêt du lipiodol.

M. Grenet, président de la Société, prononce l'éloge funèbre de M. Gandi et fait part à la Société du décès de M. Hymans van den Berghe, membre correspondant étranger.

(Voir suite page V.)

Séance du 22 octobre 1943.

Considérations sur l'étiologie des œdèmes de dénutrition par carence alimentaire. — M. H. Gounelle estime que l'œdème par carence alimentaire reconnaît comme cause déterminante une carence protidique. Comme facteurs seconds entrent en jeu l'orthostatisme, l'état de chloruration, la carence lipidique, la masse hydrique ingérée ; et certaines causes prédisposantes liées au terrain : âge, sexe, tares vasculaires.

Ces constatations étiologiques conditionnent la thérapeutique.

M. Poumeau-Delille insiste sur le rôle des facteurs autres que la carence alimentaire et en particulier sur le rôle des facteurs endocriniens.

M. Justin-Besançon montre qu'à côté des faits d'amaigrissement par déficit alimentaire les faits d'œdème relèvent surtout du déséquilibre de la ration. Il faut séparer le syndrome de dénutrition du syndrome œdémateux.

Guérison d'une méningite à pneumocoques par la sulfapyrimidine. — MM. René Martin, B. Sureau, R. Bourcart et P. Babouot, après avoir rappelé la gravité des méningites à pneumocoques malgré le traitement sulfamidé classique, rapportent l'observation d'une enfant de cinq ans, qui, traitée depuis trois semaines par le 1162 F, le 693 et le sulfathiazol, conservait un liquide purulent contenant des pneumocoques. De plus, des phénomènes d'intolérance empêchèrent d'intensifier le traitement. La sulfapyrimidine, bien mieux tolérée, fut administrée à doses énormes (plus d'un gramme par kilogramme de poids), ce qui amena dans le liquide céphalo-rachidien une concentration de 64 milligrammes pour 100, jamais obtenue jusqu'à ce jour. La guérison survint en quelques jours.

Cette observation unique paraît suffisamment expressive pour attirer l'attention sur ce nouveau produit, qui n'a pas encore été introduit dans le commerce en France.

Leptospirose à « L. grippo-typhosa ». — M. Monier-Vinard présente une note de M. Brunel et Mme Kolochine-Erber concernant un cas analogue à ceux rapportés il y a quelques mois par M. J. Decourt et le professeur Lemierre. Un homme de trente-neuf ans, quelques jours après des bains dans une rivière de Seine-et-Oise, présenta un syndrome infectieux brutal qui fit porter le diagnostic de spirochétose à *L. ictero-hemorragiæ*, à forme anictérique, en raison des myalgies et des rachialgies intenses, facies cuivré, injection conjonctivale, hépatonéphrite légère et transitoire. Les séro-réactions d'agglutination et la lyse des leptospires montrèrent qu'il ne s'agissait pas de *L. ictero-hemorragiæ*, mais de *L. grippo-typhosa*, pour lequel la limite d'agglutination atteignait 1/10 000 le neuvième jour et 1/50 000 le treizième jour. L'évolution fut bénigne, et la guérison survint le dixième jour sans rechute ni séquelles.

M. Monier-Vinard souligne l'intérêt d'une observation de ce genre, très bien étudiée cliniquement et biologiquement.

M. Mollaret indique que le nombre des cas français est actuellement assez élevé. Il serait souhaitable que l'on pratique précocement des hémocultures qui permettraient d'isoler des souches nouvelles, car on ne possède pas pour le moment de souches françaises de *L. grippo-typhosa*.

Les formes suraiguës des cardiopathies rhumatismales chez l'enfant. — MM. H. Grenet, F. Joly et P. Grenet décrivent certaines formes amenant la mort en moins de trois semaines. Le début en est brutal. L'état général est d'emblée très grave, avec fièvre élevée, tombant sous l'effet du salicylate, qui ne modifie pas l'évolution. La dyspnée est constante, non en rapport avec les signes sthétoscopiques, qui sont souvent nuls ou très discrets. Les symptômes cardiaques consistent en tachycardie, assourdissement des bruits du cœur, souffle systolique de la pointe accompagné ou non d'un souffle diastolique de la base, bruit de galop, souvent frottement péricardique, et toujours augmentation de volume du cœur. Chez un malade, la mort est survenue au bout de cinq jours; chez d'autres, moins de quinze jours après le début.

Ces formes suraiguës sont tantôt la première manifestation du rhumatisme, et tantôt elles surviennent à l'occasion d'une récidive. Elles s'observent surtout chez des enfants très jeunes, à un âge où le rhumatisme est encore rare. Il s'agit bien d'un rhumatisme et non d'endocar-

dite maligne, ainsi que le montrent les faits cliniques et anatomiques. On constate, en effet, des plages de nécrose fibrinoïde, sans réaction cellulaire ou avec réaction histiocytaire modérée, images de nodules d'Aschoff jeunes. Ces lésions se surajoutent, dans les cas où l'atteinte suraiguë représente une récidive de rhumatisme, aux lésions classiques évolutives ou cicatricielles.

Sur un cas d'association de maladie de Biermer et de cancer de l'estomac. — MM. Du Voir, Poumeau-Delille et Bouygues rapportent l'observation d'un homme de quarante-sept ans, entré dans le service pour une anémie hyperchrome. La ponction sternale fit faire le diagnostic de maladie de Biermer en montrant une mégaloblastose à 20 p. 100. Le traitement institué amena d'abord une amélioration, mais au bout d'un mois, une aggravation étant survenue, une nouvelle ponction sternale mit en évidence un bouleversement total du médullogramme, la disparition de presque tous les éléments normaux et, par contre, l'apparition de nombreuses cellules cancéreuses. L'autopsie confirma l'existence d'un cancer pylorique associé à une atrophie généralisée de la muqueuse gastrique.

Les auteurs discutent le rôle favorisant de la maladie de Biermer sur l'apparition du cancer pylorique.

Roger Pluvinage

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Jolicœur (de Reims). — Le professeur Lambret, directeur de l'Institut de recherches du cancer, membre correspondant de l'Académie de médecine, grand officier de la Légion d'honneur. — Le Dr Marcel Adam (de Paris). — Mlle Anne Jacquelin, fille du Dr Jacquelin (de Paris).

MARIAGE. — Le Dr M. Albertini (de La Fresnais, Ille-et-Vilaine) avec Mlle Jacqueline Bedault.

NAISSANCES. — Le Dr Antoine Raybaud, médecin des hôpitaux de Marseille, et Madame font part de la naissance de leur fils, Charles-Antoine. — Le Dr et Mme P. Gaudez font part de la naissance de leur fille, Anne-Marie. — Le Dr et Mme J. Peu-Duvallon font part de la naissance de leur fils, Philippe.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Eckert, nommé médecin inspecteur de la Santé de la Savoie et non installé, a été affecté, en la même qualité, dans le département de la Nièvre.

M. le Dr Forestier a été réintégré dans les cadres de l'inspection de la Santé et affecté, en qualité de médecin inspecteur de la Santé, dans le département de l'Aisne.

M. le Dr Salauze, médecin inspecteur de la Santé du Doubs, a été affecté, en la même qualité, dans le département de l'Hérault.

M. le Dr Pelissier, médecin inspecteur adjoint de la Santé en disponibilité, a été réintégré dans les cadres de l'inspection de la Santé et affecté au département des Hautes-Alpes.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — **Concours pour une place d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — *Liste de MM. les Membres du Jury par ordre de tirage au sort.* — MM. les Drs Ronneaux, Devois, Pestel, Truchot, Coliez, Desgrez, Ordioni, électro-radiologistes ; Coste, médecin ; Soupault, chirurgien.

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Liste des membres du Jury par ordre de tirage au sort :* MM. les Drs Cantonnet, Coutela (H.), Monbrun, Bourdier, Prélat, Favory, Parfonry, ophtalmologistes ; Faroy, médecin ; Ménégaux, chirurgien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *A propos de l'inscription du tétanos sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.* — Saisie par le Secrétaire d'État à la Santé d'une étude de cette question, — étude provoquée par la fréquence actuelle du tétanos dans la région parisienne : 48 cas, dont 27 suivis de mort, en sept mois et demi, — l'Académie a voté un vœu demandant que le tétanos soit inscrit sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.

Médicaments du tableau B. — Après rapport de M. Fabre, au nom de la section de pharmacie, l'Académie a émis un avis favorable à un projet de décret qui instituerait un carnet à souches d'un modèle spécial pour la prescription des médicaments du tableau B. Les ordonnances concernant les médicaments du tableau B devraient être rédigées sur des feuilles extraites de ce carnet, pour les préparations utilisables en injections et aussi pour la cocaïne et ses dérivés prescrits en poudre ou en solution injectable. Les carnets seraient délivrés par les Conseils des Collèges départementaux de l'Ordre des médecins.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre des médecins. — *Conseils régionaux.* — Par arrêté en date du 9 octobre 1943, la composition des conseils régionaux de l'Ordre des médecins est modifiée ainsi qu'il suit :

Région d'Orléans. — *Président* : M. le Dr de Fourmestraux (Eure-et-Loir), en remplacement de M. le Dr Mercier, qui reste membre du Conseil régional.

Région de Chalons-sur-Marne. — *Membres* : M. le Dr Maillefert (Haute-Marne), en remplacement de M. le Dr Picot ;

M. le Dr Mistariet (Haute-Marne), en remplacement de M. le Dr Chardin.

Région de Clermont-Ferrand. — *Membres* : M. le Dr Perrin (Allier), en remplacement de M. le Dr Mercier ;

M. le Dr Chanal (Cantal), en remplacement de M. le Dr Girou.

Ordre des médecins. Conseil national. — Le Bureau, constitué en Conseil restreint, du Conseil national de l'Ordre des médecins, réuni d'urgence le 16 octobre 1943, après avoir pris connaissance de l'avant-projet de réforme de la loi du 1er avril 1898 sur la Mutualité, tient à manifester vivement l'émotion qu'il éprouve en constatant :

1° Que le principe du libre choix du médecin par le malade, explicitement prévu dans toutes les lois sociales antérieures, n'est pas indiqué ; que, bien au contraire, l'article 39 de cet avant-projet rend possible la suppression du libre choix ;

2° Que le texte de l'article précité permet la suppression de l'entente directe et l'instauration du tiers payant ;

3° Que nulle part n'est prévue la liberté de thérapeutique.

Considérant que ces dispositions marquent un recul de cinquante ans sur la législation médico-sociale, et sont contraires à l'exercice d'une médecine normale, saine et morale ;

Déclare avec force que le Corps médical s'opposera de tout son pouvoir à un fonctionnement aussi défectueux de la médecine française.

Comité national de l'Insuline. — Il est rappelé à MM. les Médecins et Pharmaciens que les stocks d'insuline d'urgence sont exclusivement réservés au traitement des malades atteints de coma diabétique. On ne devra en aucun cas y recourir ni pour une préparation opératoire, ni pour une simple poussée d'acides, ni pour toute autre complication du diabète.

Le pharmacien détenteur du stock ne devra délivrer l'insuline que sur présentation d'une ordonnance signée par le médecin et comportant la mention « Coma diabétique ».

K. V. D. Règlement des honoraires médicaux. — Le Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine informe les confrères qu'à dater du 1er octobre 1943 des imprimés nécessaires à l'établissement de leurs relevés trimestriels leur seront adressés en même temps que le règlement de leurs honoraires.

Ces imprimés seront également à leur disposition au Secrétariat du Conseil de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain. Le relevé devra être envoyé en double exemplaire dans les quinze jours qui suivent le trimestre civil, accompagné des feuilles de maladie, sous pli spécial, au *Service de la K. V. D. du Collège départemental de l'Ordre des médecins*, à l'exclusion de toute autre note ne concernant pas ce service.

Dates des envois :
Premier trimestre : du 1er au 15 janvier ;
Deuxième trimestre : du 1er au 15 avril ;
Troisième trimestre : du 1er au 15 juillet ;
Quatrième trimestre : du 1er au 15 octobre.
Faute de quoi le règlement des honoraires sera différé.

Médecins des camps de prisonniers. — M. le Secrétaire d'État à la Santé a attiré l'attention du Secrétaire d'État à l'Éducation nationale sur le cas des médecins des camps de prisonniers qui, à leur retour de captivité, désirent obtenir le diplôme d'hygiène délivré par une faculté de médecine, pour pouvoir poser leur candidature à un poste de médecin inspecteur de la Santé. Afin de compenser en partie le retard qu'éprouvent dans l'établissement de leur vie professionnelle ceux d'entre eux dont la captivité a été assez longue, il a décidé de prendre en leur faveur les mesures suivantes :

1° Les Facultés de médecine de Paris, de Lille, de Marseille, de Montpellier et de Nancy organiseront pendant l'année scolaire 1943-1944, et, s'il y a lieu, pendant les années suivantes, une ou deux séries de cours spéciaux, d'une durée de deux mois, en vue de la préparation au diplôme d'hygiène. Ces cours, comportant un ensemble complet de conférences, de travaux pratiques et de séances d'instruction, seront réservés aux candidats, docteurs en médecine ou étudiants en médecine n'ayant plus que leur thèse à soutenir, qui auront été retenus en captivité pendant deux années au moins après le 25 juin 1940.

2° Les dates d'ouverture de ces cours spéciaux seront fixées au début de l'année scolaire par les soins de MM. les Recteurs de Paris, de Lille, de Marseille, de Montpellier et de Nancy, qui voudront bien les communiquer aussitôt au Ministère de l'Éducation nationale (Direction de l'Enseignement Supérieur, 2e Bureau), à tous les recteurs d'Académie et au Secrétariat d'État à la Santé.

Les candidats remplissant les conditions indiquées au paragraphe 1er pourront suivre ces cours dans l'une des cinq facultés désignées, quelle que soit leur faculté d'origine.

Ils devront se faire inscrire un mois au moins avant l'ouverture des cours ;

3° L'examen sanctionné par le diplôme d'hygiène pourra être subi, à la demande des candidats, au cours de l'une des sessions spéciales d'examens de l'enseignement supérieur instituées par le décret n° 2676 du 28 août 1942 (*Journal officiel* du 3 septembre 1942).

4° Les candidats remplissant les conditions précédentes ne peuvent bénéficier de ces mesures que s'ils se font inscrire à la faculté de leur choix dans le délai d'un an compté à partir de leur retour de captivité ; pour ceux d'entre eux qui sont déjà rapatriés, ce délai sera compté à partir du 1er novembre 1943.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (professeur : M. Noel Fiessinger).

Programme général de l'enseignement.

I. *Enseignement clinique.* — Leçon clinique par le professeur Noël Fiessinger, le samedi, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Trousseau ; première leçon le 20 novembre 1943. Sujet du cours : Investigations de laboratoire et clinique médicale. — Présentations de malades le mardi, à 10 h. 30, par MM. R. Dupuy, J. Loeper, J. Nick et J. Grislain, chefs de clinique. — Leçons de séméiologie clinique à 9 heures, à l'amphithéâtre Trousseau, les lundis, mercredis, vendredis, par les chefs de clinique et les internes du service. — Visite dans les salles de 9 h. 30 à 11 h. 30 tous les jours. — Examens radiologiques sous la direction de M. J. Fauvet, ancien chef de clinique, le vendredi, à 10 heures.

II. *Consultations* (salon Sainte-Madeleine). — Maladies du foie et du tube digestif : lundi, à 9 heures, par M. M. Gaultier. — Mardi, à 9 heures, par M. R. Messimy, assistant. — Vendredi, à 9 heures, par le professeur Noël Fiessinger.
Maladies du rectum : samedi, à 9 heures, par M. Friedel.
Gynécologie médicale : mercredi, à 9 heures, par M. Raoul Palmer.
Système nerveux : jeudi, à 9 heures, par M. G. Boudin.

III. *Enseignement pratique d'anatomie pathologique.* — Le professeur Leroux fera des démonstrations pratiques soit à l'amphithéâtre Trousseau, soit à l'amphithéâtre anatomique de l'Hôtel-Dieu.

IV. *Cours de clinique générale.* — *Médecine sociale*, les dimanches, à 10 h. 30, à partir du 14 novembre 1943.

V. *Laboratoire de la clinique.* — Chefs de laboratoire : bio-physique, professeur Dognon ; chimie biologique, M. Giomaud ; bactériologie, M. Dumontet ; hémato-cytologie, Mme C.-M. Laur ; anatomie pathologique sous la direction du professeur Leroux ; physio-pathologie expérimentale sous la direction de M. Pierre Merklen, médecin des hôpitaux ; Mlle G. Bareillier.

Institut d'hygiène industrielle et médecine du travail. — Les cours commenceront le 16 novembre, à 15 h. 30, et se continueront les mardis, jeudis et samedis, à la même heure. Le registre d'inscription est ouvert au Secrétariat de la Faculté de médecine, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Chaire de médecine légale : (professeur M. Duvoir). — *Déontologie et morale professionnelle.*

Droit médical et lois sociales, le jeudi, de 18 à 19 heures, à l'amphithéâtre Vulpian.

Jeudi 18 novembre. — M. Piédelièvre, professeur agrégé à la Faculté de médecine : Le médecin. Son rôle et ses devoirs.

Jeudi 25 novembre. — M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit : L'organisation de la profession médicale.

Jeudi 2 décembre. — M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit : L'exercice illégal de la médecine.

Jeudi 9 décembre. — M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit : La responsabilité médicale.

Jeudi 16 décembre. — M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit : Le secret médical.

Jeudi 23 décembre. — M. Huguency, professeur à la Faculté de droit : Les certificats, rapports et ordonnances médicaux, les honoraires ; la clientèle médicale.

Jeudi 6 janvier 1944. — M. Dérobert, chef du laboratoire de médecine légale : Les accidents du travail.

Jeudi 13 janvier. — M. Dérobert, chef du laboratoire de médecine légale : Les maladies professionnelles. Les pensions militaires.

Jeudi 20 janvier. — M. Desoille, professeur agrégé à la Faculté de médecine : Le médecin dans l'administration ; médecins d'assurances, médecins d'usines, etc...

Jeudi 27 janvier. — M. Gaultier Michel, préparateur du cours de médecine légale : Les assurances sociales ; les lois d'assistance.

Jeudi 3 février. — M. Delay, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux : Les lois et règlements concernant les aliénés.

Jeudi 10 février. — M. Piédelièvre, professeur agrégé à la Faculté de médecine : Le médecin et les fléaux sociaux. L'alcoolisme. L'avortement.

Jeudi 17 février. — M. Gougerot, professeur à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Le médecin et les fléaux sociaux. Les maladies vénériennes ; la prostitution. Les maladies à déclaration obligatoire.

Jeudi 24 février. — M. Duvoir, professeur à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Vue d'ensemble sur la morale professionnelle. Les ordres des médecins.

Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Ouverture de l'enseignement : vendredi 5 novembre 1943.

La présence des élèves est obligatoire à tous les cours et séances pratiques.

MÉDECINE LÉGALE. — *Cours théoriques.* — Ces cours seront professés les lundis, mercredis et vendredis, de 16 heures à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le jeudi, de 18 heures à 19 heures, à l'amphithéâtre Vulpian de la Faculté de médecine, pendant le semestre d'hiver :

1° Médecine légale, toxicologie, par M. le professeur Duvoir, les lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre 1943, et par M. Henri Desoille, agrégé, les lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février 1944 ;

2° Médecine du travail, sous la direction de M. Duvoir (voir affiche spéciale ; cours commun avec l'Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail) ;

3° Déontologie, droit médical, lois sociales, tous les jeudis, sous la direction de M. Duvoir et de M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit de Paris ;

4° Questions médico-légales d'actualité, sous la direction de M. Piédelièvre, agrégé, chef des travaux pratiques, le vendredi, de 14 heures à 15 heures, au laboratoire de médecine légale de la Faculté (à l'Institut médico-légal).

Enseignement pratique — Les travaux pratiques auront lieu au laboratoire de médecine légale de la Faculté (à l'Institut médico-légal).

1° Autopsies de 14 heures à 15 heures.

Le mardi, par MM. Duvoir et Dérobert ;

Le jeudi, par MM. Piédelièvre et Desoille.

Pendant le semestre d'été, les élèves procéderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours, aux mêmes heures.

2° Travaux pratiques de médecine légale, par M. Piédelièvre et sous sa direction.

a Application des méthodes de recherche à la pratique médico-légale, les lundis, de 14 heures à 16 h. 30, avec le concours de M. Dérobert, chef du laboratoire, et de M. Gaultier, préparateur du cours

b Recherches toxicologiques, les jeudis, de 15 heures à 16 h. 30, avec le concours de M. Truffert, assistant de toxicologie à la chaire de médecine légale.

3° Expertises d'accidents du travail, de maladies professionnelles, assurances sociales, pensions de guerre, etc., par MM. Duvoir, Piédelièvre, Henri Desoille et Dérobert, les mardis, à 15 heures.

Les élèves, au cours de ces diverses séances, seront exercés à la rédaction des rapports.

PSYCHIATRIE. — *Cours de clinique psychiatrique.* — Le cours de M. le professeur agrégé Delay aura lieu tous les mercredis, à 10 heures, à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale, et les présentations de malades, tous les samedis, à la même heure, (hôpital Sainte-Anne).

Examen de malades et rédaction des rapports. — Ces exercices auront lieu, à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, hôpital Sainte-Anne, tous les mercredis, de 14 à 16 heures.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie.

Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de 16 inscriptions A. R. ou 20 inscriptions N. R.) sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie après s'être inscrits au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Les titres et diplômes et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de :

Un droit d'immatriculation : 300 fr. ; un droit de bibliothèque : 200 francs ; quatre droits de laboratoire : 600 francs ; un droit d'examen : 20 francs.

Cours de service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes. — *XXVIIIe session, novembre* 1943 (14 leçons). — Du 8 au 13 novembre 1943, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe) et à la clinique Baudelocque.

PROGRAMME.

Lundi 8 novembre. — A 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier. 1re Leçon. M. le professeur Gougerot : Danger des maladies vénériennes. Programme d'ensemble de la lutte antivénérienne. Ce que sont les syphilis primaire, secondaire et tertiaire.

Lundi 8 novembre. — A 10 heures, à l'Institut Alfred-Fournier, 2e Leçon. M. le professeur Gougerot : Les méthodes de diagnostic de la syphilis (ultramicroscope, examen du sang, ponction lombaire).

Mardi 9 novembre. — A 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier. 3e Leçon. M. le Dr Milian : Contagion de la syphilis et de la blennorragie. Modes de contamination.

Mardi 9 novembre. — A 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier. 4e Leçon. M. le Dr Sicard de Plauzoles : Organisation de la défense sociale contre la syphilis.

Mercredi 10 novembre. — A 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier. 5e Leçon. M. le Dr Pierre Durel : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant ; son importance sociale. Moyens de diagnostic. Traitement. Prophylaxie.

Mercredi 10 novembre. — A 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier. 6e Leçon. M. le Dr Cavaillon : Technique du service social. Devoirs de l'assistante sociale.

Mercredi 10 novembre. — A 11 h. 30, à l'Institut Alfred-Fournier. 7e Leçon. M. le Dr Milian : La syphilis occulte.

Mercredi 10 novembre. — A 15 heures, à la clinique Baudelocque (125, boulevard de Port-Royal). 8e Leçon. M. le Dr Robert Rabut : Grossesse et syphilis. Fonctionnement d'un dispensaire de maternité. Rôle de l'assistante sociale.

Jeudi 11 novembre. — A 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier. 9e Leçon. M. le Dr Robert Rabut : La lutte contre la prostitution. Œuvres de protection et de relèvement.

Jeudi 11 novembre. — A 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier. 10e Leçon. M. le Dr Sicard de Plauzoles : Traitement de la syphilis.

Vendredi 12 novembre. — A 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier 11e Leçon. M. le Dr Pierre Fernet : Les hérédo-syphilitiques.

Vendredi 12 novembre. — A 10 h. 45, à l'Institut Alfred-Fournier. 12e Leçon. M. le Dr Sicard de Plauzoles : Syphilis familiale. Les enquêtes dans les familles.

Samedi 13 novembre. — A 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier. 13e Leçon. M. le professeur Gougerot : Propagande antivénérienne.

Samedi 13 novembre. — A 10 h. 30, à l'Institut Alfred-Fournier. 14e Leçon. M. le Dr Sicard de Plauzoles : Éducation et hygiène des vénériens. Garanties sanitaires du mariage. Examen prénuptial.

NOUVELLES DIVERSES

Cérémonie de la flamme. — C'est à la Fédération des associations amicales de médecins du front que revient l'honneur de *raviver la flamme sous l'Arc de Triomphe, le vendredi 19 novembre, à 18 h.* 30.

Tous les médecins, les anciens comme les jeunes, qu'ils aient appartenu ou non aux corps combattants, *tous les étudiants en médecine sont instamment conviés à venir nombreux sous l'Arc de Triomphe, le 19 novembre.*

Rendez-vous directement sous l'Arc.

Salon d'hiver. — L'Exposition des portraits de médecins français contemporains et des scènes de la vie médicale, dont le vernissage aura lieu le 27 novembre, s'annonce comme un beau succès Le Comité a reçu les plus belles adhésions, tant artistiques que médicales.

L'Assistance publique participera d'une façon active à cette manifestation. Citons, parmi les œuvres prêtées : une enluminure du XIIIe siècle, représentant une salle de l'Hôtel-Dieu, et le célèbre tableau de Gervex, représentant le Dr Péan enseignant à l'hôpital Saint-Louis sa découverte du pincement des vaisseaux.

Il est rappelé à MM. les Docteurs que les notices qui leur ont été adressées doivent parvenir le plus tôt possible, après avoir été complétées, à M. Raymond Sudre, président du Salon d'Hiver, 33, boulevard Exelmans, Paris (XVIe).

VARIÉTÉS

LES SOUVENIRS DU PROFESSEUR CH. ACHARD

Les souvenirs éveillent toujours notre curiosité. Nous y lisons volontiers l'histoire anecdotique d'une époque révolue. Nous y cherchons surtout la personnalité qu'ils expriment. Ils nous attirent ainsi par le pittoresque et le pathétique dont est tissée toute existence humaine.

En nous livrant aujourd'hui *La Confession d'un vieil homme du siècle* (1), le professeur Ch. Achard nous invite à plonger avec lui « au fond d'une mémoire humaine que le cours des ans a lentement et lourdement chargée » et à refaire en sa compagnie un long voyage sur de « vastes espaces terrestres, maritimes et aériens de notre globe ». « Souvenirs du temps et de l'espace », tel est bien le sous-titre que mérite cet ouvrage.

Dans une première partie, l'auteur nous rapporte « ce qu'un Français de moyenne bourgeoisie, à ses différents âges, a vu, ressenti, entendu dire des événements qui se sont déroulés au cours de sa longue existence ». Depuis sa naissance, dans une vieille famille protestante, le 24 juillet 1860, — un mardi, jour de séance à l'Académie de médecine, par un temps triste, — il a vu trois guerres et la Commune. Du siège de Paris en 1870 à l'exode lamentable de 1940, que d'événements politiques pour notre patrie et pour le monde ! Mais aussi que de changements dans la vie quotidienne et les mœurs ! A travers tant de bouleversements publics ou privés se développe une longue carrière de médecin. Nous savons tous quel en fut l'éclat et la richesse nouvelle dont elle dota notre patrimoine scientifique. Chemin faisant sont évoquées les figures d'illustres disparus, qui, pour les plus jeunes d'entre nous, ne sont plus que des noms. Tant il est vrai que la gloire médicale est souvent viagère !

La pratique professionnelle, où, pour « fournir à la maison le pain de chaque jour », le jeune médecin des hôpitaux dut combiner « la tâche de médecin consultant avec celle, plus exigeante, de médecin de famille », offre à l'auteur l'occasion de raconter quelques anecdotes cocasses ou lugubres : tel ce mariage qu'il promit après guérison à une pauvre femme atteinte de maladie chronique et incurable pour l'aider, par un espoir irréalisable, à supporter de cruelles souffrances ; ou le transfert secret, à la nuit, en son hôtel du noble faubourg, d'une dame de très haute lignée morte en maison de santé... Combien d'autres encore !

Paraphrasant un célèbre aphorisme, on peut avancer en toute vérité que rien de médical n'est étranger au professeur Achard, membre de l'Académie des sciences et secrétaire général de l'Académie de médecine depuis vingt-cinq ans !

Ce grand laborieux, ce praticien exact, cet illustre savant eut de tout temps la passion des voyages. Enfant, il jouait avec sa sœur aux petits Robinsons dans la maison de campagne familiale de Ville-d'Avray. Étudiant, il faisait, avec des camarades, des voyages à pied, sac au dos, dans les Vosges et les Alpes. Interne, il alla un jour, du matin au soir, de Bicêtre à Fontainebleau. Les difficultés matérielles de l'existence surmontées, dès qu'il put mener une vie plus libre, il visita diverses régions de la France et de l'Europe : l'Angleterre, l'Écosse, l'Irlande, la Hollande et la Belgique, la Suisse, l'Italie, l'Allemagne, la Hongrie, la Roumanie, la Turquie, la Grèce.

Au plaisir du voyage s'ajouta plus tard l'utilité d'une mission, et c'est sur une mappemonde qu'il faut suivre ce « pèlerin d'Hippocrate », des glaces arctiques en Amérique du Sud, de l'Amérique du Nord au Japon et en Chine, de Russie en Perse et en Égypte, à travers l'Afrique septentrionale, occidentale et centrale, à Madagascar, aux Antilles, à la Guyane. Pour se déplacer ainsi, notre maître a employé tous les moyens de locomotion possibles, et l'avion dès 1921. Il rassemble aujourd'hui la riche moisson d'impressions qu'il a pu cueillir sous des cieux lointains, au milieu de civilisations très différentes de la nôtre. Sera-t-il permis d'ajouter, à l'un de ceux qui eut l'honneur de l'accompagner deux fois, quels services a pu rendre aux colonies ou à l'étranger, par sa distinction courtoise, sa ténacité, sa finesse, le professeur Achard, représentant éminent de la pensée française, ambassadeur incomparable de la France ?

La lecture de ces pages, où l'émotion du souvenir se voile souvent d'une ironie discrète, laisse entrevoir une sensibilité d'autant plus délicate qu'elle a plus de pudeur à se manifester. Un cœur humain s'y révèle, qui connut bien des misères. Aucune vie n'en est entièrement exempte. Mais entendez la résonance profonde de ces quelques réflexions : « Ce ne sont pas les succès brillants et enviés qui font le bonheur quotidien. Ce qui le fait, ce sont les affections permanentes du foyer, les amitiés solides, le plaisir de la besogne bien faite, le sentiment de dignité qu'entretient chaque jour l'utilité de la tâche accomplie... Tout bonheur s'use. Il faut continuellement le renouveler... Le vrai bonheur est celui qu'on fait partager, le pire malheur est celui qu'on garde pour soi. Sans compter sur l'aide de personne dans l'infortune, c'est un premier pas déjà vers le soulagement que de méditer sur le malheur des autres, de comparer, d'espérer, d'imaginer au moins des confidences compatissantes. »

Recueillons ces leçons et méditons cet exemple. La solitude, les disgrâces du sort, les obstacles de la vie n'empêchent pas une grande âme d'accomplir son œuvre, quand elle est servie par une volonté, une conscience et un cœur.

MAURICE BARIÉTY.

(1) 1 vol. de 430 pages, *Le Mercure de France*, Paris 1943.

NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR OSCAR LAMBRET

La chirurgie française vient de perdre un de ses représentants les plus distingués. Quelques jours après que nous l'avions vu, plein d'entrain, prendre part aux discussions de l'Académie de chirurgie et y apporter les ressources de son jugement toujours si éclairé, nous apprenions la mort de Lambret, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille.

Depuis sa thèse de 1896 sur les Fractures du rachis, Lambret a beaucoup publié dans les diverses sociétés savantes dont il était membre, à l'Académie de chirurgie, à l'Académie de médecine, dans les Congrès, Congrès international de chirurgie, Congrès français de chirurgie, qu'il a brillamment présidé en 1931. Je rappellerai seulement ses travaux sur la *Préparation aux opérations*, sur la *Gastropexie*, sur la *Chirurgie du cancer du poumon* (avec Malatray), sur la *Technique de la chirurgie du sympathique* (avec Razemon et Decoulx). Toutes ces publications soigneusement documentées, présentées sous une forme parfaite, sont frappées au coin du sens chirurgical le plus avisé.

Depuis 1907, Lambret a, comme chirurgien de l'hôpital Saint-Sauveur (de Lille), formé de nombreuses générations d'élèves qui continueront les belles traditions de science scrupuleuse et d'habileté opératoire du maître.

Directeur du centre anticancéreux de Lille depuis 1936, Lambret avait su lui consacrer une activité inlassable et des plus fructueuses.

L'esprit sans cesse éveillé vers le perfectionnement de la chirurgie, c'était un de ces hommes dont la disparition laisse un vide immense. ALBERT MOUCHET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 octobre 1943.

Rapports. — M. FABRE : 1° Au nom de la Commission des eaux minérales, sur une demande en autorisation ; 2° au nom de la Commission des toxiques, sur l'œuf de serpent boa. On connaît ce jouet, composé chimique, qui produit après inflammation un serpentin ne ressemblant que de loin au boa constrictor. Présenté sous la forme d'une tablette, vendu chez les confiseurs, cet « œuf » a causé des accidents, car il est très toxique. L'Académie a demandé son interdiction.

L'infection tuberculeuse en 1942-1943 chez les mammifères et les oiseaux exotiques du Muséum. — M. URBAIN apporte une très intéressante statistique

des cas de tuberculose observés parmi les animaux du Muséum. Vingt-deux cas ont été relevés chez les mammifères, 39 cas chez les oiseaux.

Comme il fallait s'y attendre, chez les mammifères, ce sont les primates qui sont les plus atteints. La tuberculose du singe est caractérisée par une évolution rapide. Les mammifères marins n'échappent pas à la contagion. M. Urbain a observé un cas de tuberculose *humaine* chez un phoque. Les grands fauves, lions, tigres, panthères, guépards, ont également été atteints, ainsi que le tapir, le sanglier d'Indochine et naturellement les bovidés et les cervidés.

La tuberculose des oiseaux présente au Muséum une étiologie inattendue. Les moineaux parisiens s'abattent, en bandes, sur les parquets des oiseaux du jardin zoologique. Ils déposent dans les mangeoires des excréments riches en bacilles tuberculeux et deviennent ainsi de redoutables agents de transmission.

Papillomes, verrues et cancer. — M. Milian. — Le syndrome dermatologique connu sous le nom d'acanthosis nigricans : papillomatose pigmentaire ou nappe des régions humides (aisselles, pli inguino-cruro-vulvaire, muqueuses, etc.), s'accompagne fréquemment de cancer viscéral, de l'estomac en particulier. Aussi la théorie pathogénique classique invoque-t-elle une irritation du sympathique abdominal par le cancer profond pour expliquer l'apparition de la « dystrophie papillaire et pigmentaire cutanée ».

Les choses ne se passent pas ainsi : ce qui commence, ce sont des papillomes pigmentés, comparables aux papillomes vénériens. Le cancer abdominal est secondaire au papillome, comme le papillome infectieux du lapin sauvage amène des cancers profonds. Le cancer profond manque dans ce syndrome au moins une fois sur trois. Un papillome cutané de l'aine sur une région d'acanthosis nigricans a produit de proche en proche une néoplasie devenue volumineuse au-devant de la colonne vertébrale et qui, cancer malpighien, a amené la mort de la malade. Une verrue plantaire, après six mois d'existence, a donné deux petits nodules sous-cutanés à distance et plusieurs ganglions cruraux où l'histologie a révélé un épithélium pavimenteux mixte (à la fois baso-cellulaire et spino-cellulaire). Le malade est mort de généralisation cancéreuse.

Les papillomes, particulièrement vénériens, sont d'origine infectieuse. Ces observations cliniques et histologiques sont favorables à l'hypothèse infectieuse de l'épithélioma au même titre que celle des sarcomes, et corroborent les expériences de Peyton Rouss sur le papillome infectieux du lapin.

Influence de la restriction alimentaire sur la durée de l'accouchement. — M. H. Vignes a insisté, à diverses reprises et en particulier dans ses *Maladies des Femmes enceintes* (tome I, page 48), sur ce que la suralimentation, et en particulier la suralimentation carnée, favorise la contracture utérine au cours de l'accouchement et prolonge le travail. Les circonstances actuelles de sous-alimentation l'ont amené à étudier, de nouveau, ce problème. Ayant observé dans sa clientèle un bon nombre d'accouchements anormalement rapides et quasi indolores, il a recherché sur une série plus importante que ne peut l'être la pratique privée si ces faits étaient particulièrement fréquents. Il a comparé, quant à la durée de leur accouchement, les femmes hospitalisées dans son service en avril, mai, juin 1936 et les femmes hospitalisées en avril, mai, juin 1943. De façon indéniable, la durée moyenne des accouchements a été raccourcie et il ne semble pas qu'il faille attribuer ce raccourcissement au poids des enfants, quoique celui-ci soit un peu diminué.

Le risque de la silicose et le travail des fonderies. — M. André Feil, continuant la série d'enquêtes qu'il a entreprises dans les professions à poussières, communique le résultat de ses recherches dans les fonderies de fonte et d'acier.

Le travail en fonderie n'expose pas également tous les ouvriers au risque de la silicose ; seul le dessablage

(Voir suite page III.)

présenterait un réel danger. Sur 42 dessableurs examinés et suivis, il a été enregistré trois cas de silicose et sept cas de formes douteuses, légères ou débutantes, soit un pourcentage de 7 p. 100 de silicose et 16 p. 100 de pneumoconioses douteuses ou débutantes. Le risque est naturellement beaucoup plus important pour les dessableurs qui travaillent dans des cabines remplies de poussières que pour les ouvriers qui, simplement, surveillent les appareils automatiques. Aucun des dix ouvriers affectés à ce travail ne présentait de lésions apparentes ou pneumoconioses.

L'émeulage offre peu de risques lorsqu'il est pratiqué avec des meules non siliceuses, sur des pièces préalablement dessablées. La silicose n'est à craindre que si les ouvriers se servent de meules en grès.

Le danger de pneumoconiose est également faible pour les ébarbeurs-burineurs, car les poussières détachées de la pièce de fonte ou d'acier sont relativement volumineuses et n'arrivent que difficilement à pénétrer dans les plus petites voies respiratoires.

Ainsi, il apparaît que le risque de la silicose est surtout à craindre pour les dessableurs qui travaillent en cabine. Les meuleurs, les ébarbeurs et les autres ouvriers des fonderies sont surtout en contact avec les poussières de fonte, de fer ou d'acier, qui sont beaucoup moins redoutables que les poussières de silice.

Au sujet des jus de fruits et des jus de légumes. — M. Cheftel rappelle que M. Martel s'est élevé récemment (séance du 1er juin 1943) contre l'emploi des antiseptiques dans les jus de fruits, et notamment de l'anhydride sulfureux. Il a préconisé la conservation de jus par le froid.

M. Cheftel, revenant sur la question, fait remarquer qu'il ne peut être fabriqué industriellement de jus de raisins sans l'emploi de l'anhydride sulfureux. Examinant les autres procédés de conservation, il estime que le froid n'est pas le meilleur. On a, dit-il, une sécurité absolue en utilisant la pasteurisation extra-rapide, qui offre l'avantage de ne pas porter atteinte aux vitamines connues.

Séance du 19 octobre 1943.

Notice. — M. Courcoux lit une notice nécrologique sur M. Valéry Meunier (de Pau), correspondant national.

Thyroïde et psychoses affectives. — M. Laignel-Lavastine. — Les lésions trouvées à l'autopsie de certains malades atteints de *psychoses affectives* permettent de confirmer l'idée qu'il existe un rapport entre ces troubles et la thyroïde.

L'auteur arrive à la conclusion que la psychose périodique, loin d'être une affection mentale déterminée, n'est qu'une entité clinique de première approximation, simple terme pour simplifier le langage.

Une seconde conclusion est que, si la thyroïde est la glande de l'émotion, cependant *beaucoup de psychoses affectives évoluent sans lésions thyroïdiennes.*

Une troisième conclusion est qu'il existe des *psychoses thyroïdiennes* avec substratum de cirrhose thyroïdienne.

Étude comparative de la virulence des syphilomes du lapin et des ganglions satellites. — MM. C. et J. Levaditi ont montré que le nombre des *Treponema pallidum* contenus dans la dose minima chancrigène pour le lapin est de 6 600. Pour Bessemans et ses collaborateurs, ce chiffre oscille en 773 et 2 560 tréponèmes provenant de syphilomes en « pleine floraison » et entre 2 et 15 s'il s'agit de spirochètes contenus dans les ganglions lymphatiques satellites.

De nouvelles recherches des auteurs leur ont montré que *la genèse de l'infection syphilitique locale exige l'inoculation d'un nombre considérable de spirochètes syphilomateux, alors que du suc de ganglions très peu parasités, dilué au même titre, réalise l'apparition de chancres typiques.*

Deux hypothèses peuvent être formulées : d'après la première, un virus syphilitique différant du tréponème s'associerait à de rares spirochètes, pour conférer aux ganglions satellites une virulence presque égale à celle des chancres hautement parasités. Sui-

vant la seconde, le syphilome étant une réaction de défense, où des facteurs humoraux et cellulaires concourent pour exercer une action atténuante sur les tréponèmes, ceux-ci subiraient une diminution appréciable de leur potentiel pathogène. Il en faut donc énormément pour agir. Or tel n'est pas le cas du tissu symphatique, lequel ne se défend pas et joue, tout simplement, le rôle de filtre.

Il est difficile, en l'état actuel de nos connaissances, d'opter pour l'une ou l'autre de ces hypothèses. Ne se contredisant pas, elles pourront être acceptées simultanément.

La prévention de la poliomyélite. — MM. LÉPINE et J. LEVADITI (note présentée par M. TRÉFOUEL). - Une note communiquée récemment par l'Ordre des médecins (voir *Gaz. hôp.*, 1er oct. 1943, n° 19, p. 302) préconisait des vaporisations d'une solution médicamenteuse sur la muqueuse nasale comme préventif de la poliomyélite.

Les auteurs apportent des observations à propos de cette note. Ils rappellent que la voie nasale n'est pas la voie de pénétration exclusive du virus, et la protection de la muqueuse nasale, si parfaite soit-elle, ne saurait instituer un moyen de prophylaxie absolue. La vaporisation de sulfate de zinc utilisé depuis 1938 est douloureuse et non sans inconvénients.

État réducteur des eaux alcalines à la source. — MM. GLÉNARD et LESCŒUR. — La presque totalité des eaux de Vichy à la source sont momentanément réductrices du permanganate de potasse, c'est-à-dire qu'elles arrivent à l'air libre non seulement dépourvues, mais avides d'oxygène. Dès leur émergence elles absorbent l'oxygène de l'air, qui transforme leurs sels ferreux en sels ferriques insolubles.

Au point de vue thérapeutique, on peut penser que cet état réducteur temporaire ainsi que la naissance du pouvoir catalytique et de la floculation ne sont pas sans jouer un rôle dans la vie énergétique des eaux alcalines à la source.

Élection. — MM. CADE (de Lyon) et BARRÉ (de Strasbourg) ont été élus correspondants nationaux dans la section de médecine.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Pierre Grandperrin, ancien interne des hôpitaux, chirurgien de l'hôpital de Gisors. — Le Dr Top (de La Souterraine, Creuse). — Le Dr Maurice Duhois (de Formerie, Oise). — Mme Fritsch, épouse du Dr H. Fritsch (de Sermaise-les-Bains). — Le Dr Louis Mulliez. — Le Dr Couaillac.

MARIAGE. — Mlle Françoise Martin, fille du Dr J. Martin (de Fourmies), avec M. Yannick Hiriat.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Rault font part de la naissance de leur fils, Patrick. — Le Dr et Mme Le Picard font part de la naissance de leur fils, Pierre. — Le Dr et Mme H. Clarisse-Cornille font part de la naissance de leur fils, Christian. — Le professeur et Mme A. Danès-Fauchille font part de la naissance de leur fils, François. — Le Dr et Mme Delemazure-Ménaboode font part de la naissanee de leur fils, Gérard. — Le Dr et Mme Pierre Jousset font part de la naissance de leur fils, Paul-Michel. — Le Dr et Mme Chastrusse font part de la naissance de leur fils, Charles-Jean. — Le Dr et Mme Baudrimont font part de la naissance de leur fils Claude. — Le Dr et Mme François Le Sourd font part de la naissance de leur petite-fille, Martine Paul-Le Sourd (Saïgon, 13 octohre 1943). Nos hien vives félicitations.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Gautier a été cbargé à titre temporaire, au maximum pour la durée des hostilités, des fonctions de médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de l'Hérault.

M. le Dr Queyssac a été cbargé, à titre temporaire, au maximum pour la durée des hostilités, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Lozère.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Lucien Brumpt, ancien interne des hôpitaux, assistant titulaire du laboratoire de parasitologie, est délégué provisoirement dans les fonctions d'agrégé de parasitologie coloniale (à compter du 1er octobre 1943).

M. Lantuéjoul, agrégé, est provisoirement cbargé de la direction de la clinique ohstétricale Tarnier en attendant la nomination du nouveau titulaire de la chaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Par arrêté en date du 6 octobre 1943, la chaire d'anatomie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille (dernier titulaire : M. Corsy) est déelarée vacante. (*J. O.*, 17 octobre 1943.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Cbalnot, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1943, professeur de pathologie ehirurgicale en remplacement de M. Bartbélemy, transféré.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. Amsler, chargé de cours de baetériologie, est nommé, à compter du 1er octobre 1943, professeur titulaire de bactériologie (création).

M. Boueby, chargé de cours de clinique obstétricale, est nommé, à compter du 1er octobre 1943, professeur de clinique obstétricale (M. Boquet, retraité).

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — **Concours d'assistant d'ophtalmologie.** — Un eoncours pour une place d'assistant d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris sera ouvert le 21 janvier 1944. Les inscriptions sont reçues du 28 décembre 1943 au 7 janvier 1944.

Concours d'assistant en médecine. — Un concours pour la nomination d'assistants en médecine des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 17 décemhre 1943. Inscriptions: 3, avenue Victoria, du 15 au 30 novembre 1943.

Concours de l'externat. — L'ouverture du coneours de l'externat (places vacantes le 1er mai 1944) aura lieu le 10 décemhre 1943. Les inscriptions sont reçues 3, avenue Victoria, du 3 au 19 novembre 1943.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — M. le Dr Jabouille est nommé médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemme-sur-Loire.

M. le Dr Pierre Royer, médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Privas, est affecté, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Mareville.

M. le Dr Jean-Baptiste Royer, médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec, est nommé, à titre provisoire, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Moulins.

SANATORIA. — M. le Dr Rauzier, médecin directeur du sanatorium Fenaille, à Séverac-le-Château (Aveyron), a été nommé, en la même qualité, au sanatorium François-Mercier, à Tronget (Allier).

M. le Dr Chognon, médecin directeur du sanatorium François-Mercier, à Tronget (Allier), a été détaché en qualité de médecin des dispensaires antituherculeux du département de l'Allier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Dans la séance du 26 octobre M. le professeur Jean Troisier a été élu membre titulaire dans la première section (médecine).

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Enseignement préparatoire aux études médicales. — ARTICLE PREMIER. — Le décret du 13 août 1943, modifiant l'article premier du décret du 16 mars 1943 relatif à l'institution d'un enseignement préparatoire aux études médicales, en vue de supprimer eet enseignement dans les écoles de médecine, à l'exception de eelle de Nantes, n'entrera en vigueur qu'à la date qui sera fixée ultérieurement par arrêté du ministre secrétaire d'Etat à l'éducation nationale.

Toutefois, les candidats ayant suivi cet enseignement dans une école, sauf celle de Nantes, subiront l'examen devant le jury de la Faculté de médecine dont dépend cette école en ce qui concerne la présidence des jurys d'examen.

Association générale des médecins de France. — L'Association générale des médecins de France, après une interruption de plusieurs années, vient de tenir son assemhlée générale annuelle, sous la présidence du professeur Baudouin. Beaucoup de sociétés départementales s'y trouvérent représentées malgré les circonstances de guerre. Leurs délégués, parmi lesquels figuraient de nombreux membres des Conseils de l'Ordre des médecins, eonnurent par les comptes rendus l'importance de l'action bienfaisante de leur assoeiation et examinèrent longuement le rôle d'entr'aide corporative qu'elle devra tenir après accords avec l'Ordre national des médecins dans la nouvelle organisation professionnelle.

L'Association générale, 50, boulevard de Latour-Maubourg, recommande d'urgenee aux confrères généreux sa Caisse d'Assistance de Guerre, dont les ebarges s'accroissent en raison du nombre élevé de médecins sinistrés par bombardement. (Compte courant postal : Paris 186-07.)

VARIÉTÉS

HYGIÈNE PUBLIQUE ET HYGIÈNE SOCIALE

La distinction entre l'hygiène publique et l'hygiène sociale est difficile et aperçue de façon variable. Voici, à ce sujet, notre opinion actuelle. Pour simple qu'elle doive paraître, cette opinion, qui se relie à nos travaux sur la démophylaxie (1), est relativement récente et sujette à des modifications ; élaborée lentement, elle se transformera peut-être plus vite qu'elle ne s'est faite.

Le domaine de l'hygiène peut être découpé en trois secteurs qui appartienent respectivement à l'hygiène générale (population entière), aux hygiènes spéciales (milieux divers) et aux prophylaxies particulières (envisagées séparément, maladie par maladie).

Hygiène publique et hygiène sociale ne sont pas deux terrains distincts de l'hygiène, mais deux manières, deux modes (au masculin), deux méthodes ; qui les veut distinguer doit se souvenir que la protection sociale en général et la protection sanitaire en particulier doivent tenir compte de trois sortes de facteurs, économiques, psychologiques et sanitaires, toutes les insuffisances d'une même catégorie ne pouvant être conjurées ou guéries par les seules recettes préventives ou curatives de cette catégorie.

Plus expéditive que l'hygiène sociale, l'hygiène publique ne considère que les données sanitaires et consiste en des mesures imposées par la loi (ou les règlements qui en dérivent). Par exemple, elle exige la vaccination antivariolique ou le raccordement à l'égout, sans se laisser arrêter par des difficultés psychologiques ou économiques.

L'hygiène sociale, au contraire, doit se tourner vers les trois sortes de données des problèmes complexes qu'elle rencontre. Au lieu de recourir à l'obligation, elle fait un large appel à la persuasion et se soucie, au besoin, d'un secours financier. Elle consiste en des mesures mixtes adaptées aux contingences économiques, psychologiques et sanitaires du lieu et du moment. Si une de ces mesures devient obligatoire, elle tombe dans l'hygiène publique ; par exemple, le traitement antisyphilitique, tant qu'il n'est que recommandé, appartient à l'hygiène sociale, alors qu'il relève de l'hygiène publique dès qu'il est formellement prescrit, sous peine de sanction. Pareil déplacement atteste que ces deux hygiènes ne concernent pas des maladies et, de façon plus générale, des matières différentes. Chacune a toutefois ses zones d'influence ; c'est ainsi que l'urbanisme sanitaire est surtout affaire d'hygiène publique, et la lutte contre la tuberculose surtout affaire d'hygiène sociale.

Cette dernière peut avoir sa législation — pour ainsi dire interne — fixant les caractères constitutifs ou fonctionnels des organismes sanitaires dont elle se sert, ou plus exactement qu'elle offre, et que la population peut facultativement utiliser, mais différente est une législation rendant obligatoire au sein de la population telle ou telle mesure sanitaire.

En résumé, la rigide hygiène publique est essentiellement une hygiène réglementaire, une hygiène de discipline et de servitudes ; ses relations avec la technique et la législation sanitaires sont étroites. La souple hygiène sociale est une hygiène d'action trinitaire, une hygiène d'éducation et d'assistance ; il est naturel qu'elle ait les rapports les plus intimes avec le service social.

***

Les trois personnes de l'homme étant solidaires, les trois suffisances qui lui importent ne peuvent être indépendantes les unes des autres. L'hygiène défend la santé de l'homme par le recours soit à des mesures exclusivement sanitaires, soit à des mesures mixtes, économiques, psychologiques et sanitaires. Autrement dit, elle protège la personne physique, soit par des moyens qui s'appliquent à cette seule personne, soit par des moyens qui s'appliquent aux deux autres personnes, la psychique et l'économique.

Dès lors, elle est tributaire de la démophylaxie, science de la triple protection de l'homme. L'hygiène sociale découvre l'importance de cette science trinitaire et elle bénéficie de ses progrès, mais la démophylaxie doit également secours à d'autres sciences vassales, puisqu'elle se préoccupe de trois suffisances, psychologique, physique et économique. En vue de l'harmonie nécessaire, elle utilise des compétences de toutes sortes. Les hygiénistes ont besoin d'elle, et réciproquement ils figurent parmi les hommes de bonne volonté dont elle a besoin.

Bien que plus extensive que l'hygiène publique, l'hygiène sociale est donc couverte et dépassée par la démophylaxie. Elle est, somme toute, la démophylaxie abordée par sa plage sanitaire, comme l'économie politique est la démophylaxie accostée par la rive des richesses, et l'éducation populaire, la démophylaxie visitée du côté de l'esprit.

PIERRE JOANNON.

(1) La démophylaxie suggère et devrait mériter les appréciations suivantes :

Science élargie et rénovée de la protection sociale, défendant tout à la fois les ressources, l'esprit et le corps, inexorablement solidaires ;

Science trinitaire de l'homme social, considéré comme un être en trois personnes ;

Science orientée vers la recherche *cohérente* des trois équilibres, économique, psychologique et physique, nécessaires à chacun ;

Science d'analyse, de mesure, de prévision et de coordination, née de l'association intime de trois sciences élémentaires, tenues trop longtemps séparées, l'économique, la psychologique et la sanitaire ;

Science apte à étudier les facteurs si enchevêtrés dont dépend la triade prospérité, culture, santé ;

Science promettant à la sociologie des progrès comparables à ceux que, depuis moins d'un siècle, la médecine a su accomplir ;

Science appliquant aux maladies du corps social des disciplines et tendances analogues à celles qui ont permis de mieux connaître et combattre les maladies organiques de l'individu ;

Science plus préventive que curative aidant, par des voies surtout actives, à l'obtention et à la conservation de la triple résistance désirable ;

Science des efforts concertés : effort mutuel des trois personnes incluses en chacun, effort mutuel de tous ;

Science exigeant impérieusement des organismes de recherches encore inexistants ou insuffisants, puissance et réalisme sans lesquels dissertations et discordes se perpétueront.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 octobre 1943.

M. le PRÉSIDENT fait part du décès de M. LAMBRET (de Lille), membre correspondant dans la section de chirurgie.

Rapport. — M. LAPICQUE, au nom de la Commission de rationnement alimentaire, présente un rapport à propos de l'abaissement du taux d'extraction des farines. Il estime qu'il faut conserver le meilleur son, celui qui a une valeur alimentaire réelle, et réserver le son de qualité inférieure, le gros son, pour l'alimentation du bétail.

Syndrome de Huguier. Nouvelle observation d'éléphantiasis anal et périanal tuberculeux. — MM. H. GOUGEROT, DUCHÉ, B. DUPERRAT, COURJARET et COURTENAY. — Depuis 1924, Gougerot insiste sur la double erreur de faire une seule maladie du syndrome recto-ano-génital et sur la dénomination de syndrome de Jersild, alors que le Français Huguier a la priorité manifeste. Ce n'est pas même par un seul syndrome, mais au moins trois syndromes cliniquement et étiologiquement différents, et le

plus fréquent, le syndrome éléphantiasique abcédé, ulcéreux, fistuleux, végétant, relève de quatre causes au moins (sans parler des inconnues) : incontestablement et le plus souvent la maladie de Nicolas-Favre, mais aussi la tuberculose. Le malade en est un nouvel exemple, avec inoculation positive au cobaye et constatation de bacilles de Koch chez l'animal. Les étiologies complexes sont très fréquentes.

1° Le phénomène de Ranvier à la base d'une opération de cécité : la kératocataphorase. 2° La sclérectiridostomie. Principes de cette opération antiglaucomateuse (projections). — M. CORNET. — Présentations faites par M. ROCHON-DUVIGNEAUD.

Election. — M. TROISIER est élu membre titulaire dans la première section (médecine et spécialités médicales).

Séance du 2 novembre 1943.

Notice. — M. LHERMITTE donne lecture d'une notice nécrologique sur M. ADRIEN PIC (de Lyon), correspondant national.

A propos de quelques cas de typhus exanthématique dans la région parisienne. — MM. TANON, H. CAMBESSÉDÈS et J. BOYER relatent l'histoire de quelques cas exceptionnels de typhus observés à Paris et qui, tous, jusqu'à présent, sont demeurés sans suite.

L'un d'eux aurait pu pourtant donner quelque inquiétude. Il s'agissait d'un homme trouvé malade sur la voie publique, sans renseignements, chez qui le typhus avait été diagnostiqué à l'hôpital. Grâce au concours des divers services de la Préfecture de Police, il fut rapidement possible de rétablir l'identité de ce sujet. C'était un individu qui, récemment sorti de prison, avait en quelques jours, exerçant la profession de voleur de draps, déjà changé six fois d'hôtels, dans un quartier de gare.

L'origine de la maladie devait être retrouvée à la prison, où un autre cas était bientôt observé, et où un exament systématique de tous les prisonniers ayant eu un contact suspect avec le malade permit de découvrir, par l'hémodiagnostic, un troisième cas, celui-ci ambulatoire.

Les auteurs attirent l'attention sur l'intérêt pour le dépistage de ce procédé si simple que L.-C. Brumpt a fait connaître.

L'avenir des pleurétiques. — M. BRELET (de Nantes) a envoyé une note sur ce sujet. La présentation en a été faite par M. NOBÉCOURT.

Phénomènes de dénutrition chez les aliénés pendant la période de restrictions. — Mme L. RANDOIN. — En juillet 1942, le régime de restrictions ayant provoqué, dans les asiles d'aliénés, un chiffre élevé de mortalité, une mission officielle fut alors confiée à Mme Randoin, celle de faire procéder à des enquêtes alimentaires précises au moyen d'une méthode rigoureuse.

L'enquête établit que les aliénés recevaient des rations insuffisantes du point de vue énergétique pur. Du point de vue qualitatif, la déficience la plus grave portait sur les albumines d'origine animale ou plutôt sur les acides aminés indispensables. Les teneurs des rations en vitamines A et D étaient nettement trop faibles également.

Mme Randoin insistait pour que les aliénés, qui, selon une expression assez dure, ont été « élevés à la dignité de malades », soient vraiment considérés comme des malades et, en conséquence, puissent bénéficier du ravitaillement accordé aux autres établissements hospitaliers.

Le Ministère de la Santé Publique, à la suite de l'enquête, a donné les instructions nécessaires et a obtenu du ravitaillement des suppléments alimentaires pour les hôpitaux psychiatriques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 29 octobre 1943.

Un cas de grande hypotension orthostatique. — MM. H. COUMEL et R. MAROT rapportent l'histoire d'un malade présentant des pertes de connaissance, surtout le matin, du fait de la station debout ou à l'occasion d'un effort. On note la baisse de la tension artérielle de 14-9 en décubitus à 8-5 en orthostatisme. La fréquence du pouls demeure invariable. L'influence de l'effort est manifeste et pourtant la syncope n'est précédée ni d'essoufflement, ni d'angoisse, ni de palpitations, et la tension redevient

normale dès que le malade est à terre. Il s'agit vraisemblablement d'une baisse du tonus veino-presseur. Le défaut d'accélération du pouls est dû au défaut d'intervention d'un centre régulateur de la tension, sans doute le sinus carotidien.

Ostéopathie de famine et ostéose fibro-kystique, type Recklinghausen. — MM. S. DE SÈZE, RYCKEWAERT, MONNIE et LABEY rapportent l'observation d'une femme de soixante-douze ans atteinte d'ostéopathie d'origine carentielle rappelant la maladie osseuse de Recklinghausen (douleurs osseuses, déformations osseuses, fractures spontanées, décalcification osseuse étendue avec aspect multigéodique), mais s'accompagnant d'hypocalcémie, d'hypocalciurie et d'un bilan calcique très positif. La carence calcique alimentaire était évidente. La guérison fut obtenue par le traitement calcique intensif et la vitamine D_2 à hautes doses.

Sans doute faut-il chercher l'explication de ces faits dans l'hypertrophie parathyroïdienne secondaire à la carence calcique : entrant secondairement dans le jeu pour empêcher l'hypocalcémie ou pour lutter contre elle, l'hyperparathyroïdie réactionnelle vient apporter au syndrome de déminéralisation sa signature radiologique et histologique, et transforme en ostéose fibrokystique ce qui n'était à l'origine qu'un banal syndrome de décalcification. Dans cet enchaînement de phénomènes, la carence calcique est ici le fait primitif qui commande les autres. C'est pourquoi le traitement de la carence ramène tout dans l'ordre et guérit l'ostéose.

M. J. DECOURT rappelle une observation analogue qu'il a publiée antérieurement. Il pense que l'hyperparathyroïdie réactionnelle peut en quelque sorte dépasser le but et donner lieu à une hypercalcémie avec hypercalciurie. Il met en garde contre les dangers des préparations vitaminiques D_2 trop longtemps administrées à doses trop fortes.

M. JUSTIN-BESANÇON souligne la fréquence actuelle des formes fracturaires des ostéopathies de famine, ainsi que les anomalies de consolidation de ces fractures. L'image anatomo-pathologique de ces ostéopathies est très différente de l'aspect habituel de la maladie osseuse de Recklinghausen.

M. J. DECOURT estime que, dans la pathogénie de ces ostéopathies carentielles, il faut tenir compte de la carence à la fois en calcium, en phosphore, en vitamine D et enfin en substances protéiques.

Pneumothorax spontané bilatéral, complication imprévue des alertes. — MM. P. PRUVOST et S. GODLEWSKI rapportent l'observation d'un homme de quarante-cinq ans ayant eu, à la suite d'une émotion violente provoquée par le tir de la D. C. A., un pneumothorax spontané gauche qui se résorba en un mois, sans complications. Comme il présentait une tuberculose ancienne mais non évolutive du sommet droit, on tenta un pneumothorax thérapeutique droit sans aucun succès. Huit jours après, nouvelle alerte, nouvelle émotion, nouveau pneumothorax, droit cette fois, cependant contro-électif, puisqu'il ne décollait pas l'extrême sommet. Il s'est résorbé lui aussi rapidement, sans complications.

Coma oxycarboné avec hyperthermie prolongée. Étude anatomo-clinique. — MM. L. JUSTIN-BESANÇON, I. BERTRAND et F. PERGOLA rapportent l'histoire d'une jeune fille morte huit jours après une intoxication oxycarbonée, sans être sortie d'un coma enrichi de symptômes nerveux variables d'un jour à l'autre. La température s'est maintenue de bout en bout entre 40° et 41°, sans aucune lésion viscérale. L'examen des centres nerveux révèle : 1° un ramollissement bilatéral et symétrique du pallidum ; 2° des lésions profondes des noyaux de la région infundibulo-tubérienne ; 3° une dégénérescence massive de l'olive et des parolives. Ces lésions nerveuses ont conditionné une hyperthermie d'origine centrale, dont le mécanisme est à rapprocher des graves élévations thermiques qui succèdent parfois aux interventions neuro-chirurgicales.

L'injection intraveineuse de novocaïne au cours des comas prolongés consécutifs à l'intoxication oxycarbonée. — MM. JUSTIN-BESANÇON et C. LAROCHE, rapprochant les comas prolongés succédant à une intoxication oxycarbonée correctement traitée par le carbogène de ceux observés à la suite de certaines interventions sur le cerveau, ont tenté la même thérapeutique que les neuro-chirurgiens : l'injection intraveineuse de novocaïne. Sur 16 comas ainsi traités, 4 se sont dissipés avec une rapidité impressionnante, le malade se réveillant dans les minutes ou dans la demi-heure suivant l'injection. Dans 18 cas, par contre, l'effet de la novocaïne ne fut pas immédiatement appréciable, que l'évolution ultérieure se soit faite vers la guérison ou vers la mort. Il est très difficile d'interpréter ces effets de la novocaïne dans les syndromes post-opératoires neurochirurgicaux ou dans les séquelles comateuses de l'intoxication oxycarbonée : une action vasculaire et neurovégétative centrale est probable.

ROGER PLUVINAGE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 20 octobre 1943.

Thrombo-phlébite utéro-pelvienne « post abortum » guérie par hystérectomie avec résection des pédicules veineux. — MM. MONDOR, CL. OLIVIER et CHAMPEAU.

Dyskinésie de l'œsophage terminal. — M. BERGERET reste fidèle à l'opération de Heller. Il a observé de bons résultats, mais temporaires, de la splanchnicectomie.

Il paraît séduisant d'associer à l'opération de Heller la simple section des fibres du splanchnique au point où elles abordent l'œsophage.

Deux cas de hernies diaphragmatiques congénitales opérées par voie thoracique. Guérison. — M. SAUVAGE souligne, à propos de ces deux cas, la valeur de la voie thoracique, dont la bénignité lui paraît certaine à l'heure actuelle.

M. BAUMGARTNER estime que la voie thoracique est en effet meilleure et moins hasardeuse que la voie abdominale.

La phrénicectomie, méthode de traitement palliatif de la hernie diaphragmatique. — MM. FUNCK-BRENTANO, R. LEDOUX-LEBARD et P. THIROLOIX rapportent une observation dans laquelle la phrénicectomie a permis non seulement de pallier à un étranglement éventuel, mais même d'obtenir la réintégration spontanée des viscères abdominaux herniés.

A propos d'une tumeur bénigne de l'estomac. — MM. LOUIS BAZY et PAUL CHÊNE ont observé une tumeur bénigne de la région antrale reconnue par la radiographie. Il s'agissait d'une tumeur du type adénome brunnérien dont les auteurs rappellent à cette occasion la fréquence. Dans le cas des auteurs, la malade ne présentait aucun signe d'anémie de Biermer.

Trois cas d'hémorragie intrapéritonéale d'origine génitale ne reconnaissant pas pour cause la grossesse extra-utérine. — M. BAILLIS (rapport de M. MOUCHET).

Dans le premier cas il s'agissait de simple rupture d'un follicule ovarien. La seconde observation, plus curieuse, est relative à une apoplexie massive et spontanée des annexes droites. Dans la troisième observation, il s'agissait d'une rupture d'une veine du pédicule utéro-ovarien, mal expliquée, à la suite d'un accident de bicyclette.

Appareillage pour le transport vertical des blessés à bord des navires de ligne. — M. A. SIMÉON (rapport de M. OUDARD).

Hernie obturatrice étranglée. A propos de 4 cas. — MM. LORTAT-JACOB et ROY (rapport de M. SYLVAIN BRONDIN).

Séance du 27 octobre 1943.

Iléus spasmodique. — MM. FRESNAIS, GEFFROY et PETITOT.

Iléus spasmodique. — M. MASMONTEIL.

M. SÉNÈQUE rapporte ces deux observations et y ajoute un cas personnel ; il discute à cette occasion le rôle des différents facteurs pathogéniques de cette affection : antipéristaltisme, avitaminose, certains aliments.

Au point de vue thérapeutique, M. Sénèque se demande s'il ne serait pas logique d'agir sur le pneumogastrique plutôt que sur le sympathique.

Résection pour exclusion type Finsterer pour ulcère du duodénum. Échec. — M. JACQUES DOR (rapport de M. SÉNÈQUE).

Il s'agit d'une gastrectomie pour exclusion sans ablation de la muqueuse pylorique. On dut réintervenir dans la suite pour un ulcus peptique géant. Six mois après, les douleurs réapparurent encore une fois, et ce n'est qu'après la suppression de la zone pyloro-duodénale que le malade fut définitivement guéri.

M. SÉNÈQUE insiste à ce propos sur la nécessité absolue d'enlever la muqueuse pylorique et précise quelques détails importants concernant les indications et la technique de cette intervention.

M. BROCQ propose d'ouvrir une discussion sur la question des gastrectomies pour exclusion.

La palpation du foie dans le cancer du rectum. — MM. LAMBRET et DECOULX.

Du traitement des ostéomyélites aiguës des os longs par la résection diaphysaire. — MM. E. Sorrel et R. Guichard sont persuadés que la résection diaphysaire doit être considérée comme l'opération de choix dans les ostéomyélites aiguës suppurées des os longs. Mais certaines formes font exception : formes abortives qui ne sont justiciables d'aucune intervention ; septicémies à staphylocoques ; abcès bien localisés ; abcès centraux.

La résection doit être pratiquée quand le pus est collecté ; à partir de ce moment, elle doit être aussi précoce que possible.

Les soins post-opératoires revêtent une grande importance.

Dans l'ensemble, les indications restent très étendues.

Les auteurs apportent à l'appui de leur thèse une série de clichés radiographiques.

Présentation d'une pièce opératoire. — M. Leveuf.

Jacques Michon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 octobre 1943.

Influence du B.C.G. administré par scarifications cutanées sur l'évolution de la tuberculose du cobaye. — MM. L. Negre et J. Bretey, pour compléter tous les faits permettant d'apprécier la valeur de la nouvelle méthode de vaccination par le B.C.G. par la voie cutanée, ont étudié expérimentalement l'influence que le B. C. G. introduit par des scarifications sur la peau peut exercer sur un organisme tuberculeux. Il ressort de leurs recherches que, chez des cobayes qu'on vient de tuberculiser, le B.C.G. introduit par des scarifications cutanées, même à doses élevées et à plusieurs reprises, n'exerce pas la moindre influence activante sur l'évolution des lésions.

Sur le pouvoir antisulfamide du pus. — MM. Jean Paraf et Jean Desbordes ont étudié le comportement de divers pus au point de vue de leur pouvoir antisulfamide. Ils ont pu montrer l'existence d'un tel pouvoir d'une façon constante, mais à des taux variables. Il paraît dû à des substances libérées par l'hydrolyse des protides cellulaires. Il est à rapprocher de l'inaction fréquente du traitement sulfamidé dans les complications purulentes des infections.

Vagotonine et excitabilité nerveuse centrale et périphérique. — Mme B. Chauchard et M. P. Chauchard décrivent l'action diphasique, excitante, puis dépressive, de la vagotonine sur le système nerveux. Il existe un décalage dans l'évolution des chronaxies entre le cortex cérébral et la périphérie, si bien qu'à un stade les chronaxies corticales sont diminuées, tandis que les chronaxies périphériques sont augmentées. On peut interpréter ce phénomène comme la preuve d'une sensibilité plus grande de la base du cerveau, sans doute en rapport avec le pouvoir anticholinestérasique trouvé par Bovet et Sautenoise à la vagotonine.

Association entre ultravirus. Poliomyélite (souche Lansing) et maladie de Nicolas et Favre. — MM. C. Levaditi et H. Noury. — L'association entre le virus poliomyélitique (souche Lansing) et celui de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas et Favre) est étudiée du point de vue de son comportement après inoculation intracérébrale à la souris.

Une émulsion cérébrale (10^{-1}) préparée avec du névraxe de souris mortes de poliomyélite (histopathologie positive) est additionnée, à volume égal, d'une autre suspension, du même titre, de cerveaux de souris sacrifiées en pleine évolution de l'infection provoquée par le virus lymphogranulomateux. Le mélange est inoculé, par voie transcranienne, à la souris, et l'on pratique trois séries de passages. Du fait que l'affinité du virus poliomyélitique et de l'ultragerme lymphogranulomateux s'exerce sur deux systèmes cellulaires différents de par leur origine embryogénétique (neurones pour l'un, plexus choroïdes pour l'autre), leur association est possible chez la souris, pendant au moins trois passages consécutifs. On constate, toutefois, une certaine prévalence du virus poliomyélitique par rapport à celui de la maladie de Nicolas et Favre, prévalence attribuable au fait que l'ultragerme poliomyélitique engendre, dans le névraxe, des réactions inflammatoires intenses, pouvant gêner le développement du virus lymphogranulomateux.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Lucien Barbillion (de Paris).

MARIAGE. — Le Dr Jean Périssel avec Mlle M. Gillette.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Jacques Odinet font part de la naissance de leur fils, François. Nos bien vives félicitations. Le Dr et Mme J.-J. Dubarry font part de la naissance de leur fils, Bertrand. — Le Dr et Mme L. Le Coniat font part de la naissance de leur fille, Bénédicte. — Le Dr et Mme L. Gibon font part de la naissance de leur fils, Pierre. — Le Dr et Mme P. German font part de la naissance de leur fille, Elisabeth.

SANTÉ PUBLIQUE

Inspection de la santé. — M. le Dr Pourrat (Alphonse) est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du département du Puy-de-Dôme.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. le professeur Gastinel, de la Faculté de médecine de Paris, a été nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section d'épidémiologie.

Nominations d'inspecteurs généraux de la Santé et de l'Assistance. — Par décret en date du 1er octobre 1943, M. le Dr Coulon, inspecteur de la Santé, est nommé inspecteur général de la Santé et de l'Assistance, en remplacement de M. le Dr Leclaincbe, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **Liste des prix à décerner** (Bourses de fondations, dons et legs, bourses municipales).

I. — *Prix destinés à récompenser des travaux scientifiques (thèses, etc.), au titre de* 1943.

Prix Barbier (3 000 francs). — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils ou autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix Behier (3 000 francs). — Au meilleur ouvrage sur une question de pathologie médicale (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix Bernheim (800 francs). — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiant français, russe ou polonais) (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix Chateauvillard (2 000 francs). — Meilleur travail sur les sciences médicales imprimées au cours de l'année précédente (thèses et dissertations inaugurales admises) (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix Déroulède (1 800 francs). — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix Desmazes (3 000 francs). — Récompense du meilleur traité sur la grippe (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix Gérard Martinet (2 800 francs). — Prix à un étudiant pourvu de douze inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc..., susceptibles d'atténuer, en France, les ravages causés par les maladies contagieuses (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix Jeunesse (2 000 francs). — Prix au meilleur ouvrage sur l'hygiène (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix Jeunesse (Histologie) (1 200 francs). — Meilleur ouvrage relatif à l'histologie (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix Lacaze (20 000 francs). — Au meilleur ouvrage sur la phtisie (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix Leri (1 300 francs). — Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations publié au cours de l'année 1940 (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix Monthyon (2 000 francs). — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1942 (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix Rigout (600 francs). — Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique, physiologique ou bactériologique (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix Lévy Franckel (750 francs). — Récompense à un élève méritant de la clinique médicale Hôtel-Dieu (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix Legroux (au titre de 1940) (2 000 francs). — Meilleur travail sur le diabète, ses causes et son traitement.

II. — *Bourses destinées à venir en aide à des étudiants méritants et peu fortunés régulièrement inscrits pour l'année scolaire* 1943-44.

Anonyme (2 800 francs). — Bourses à des étudiants méritants et sans fortune (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Carville (1 200 francs). — Deux bourses aux profit de deux étudiants français laborieux et peu fortunés (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Chauffour (750 francs). — Bourse à un étudiant distingué et peu fortuné (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Corvisart (1 200 francs). — Aide à deux étudiants de nationalité française peu fortunés et dignes d'intérêt (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Demarle (700 francs). — Bourse à un étudiant méritant (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Dieulafoy (6 000 francs). — Bourses à trois étudiants français méritants, sans fortune ou peu fortunés (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Faucher (1 000 francs). — Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examen pour deux étudiants français et deux étudiants polonais (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Hervieux (3 200 francs). — Aide à deux étudiants méritants et sans fortune (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

(A suivre.)

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — **Concours pour deux places d'assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux.** — Liste de MM. les Membres du Jury (Jury définitif).

MM. les Drs Baldenweck ; Ombrédanne ; Grivot ; Bouchet ; Lemaître ; Moulonguet ; Rouget, oto-rhino-laryngologistes.

M. Chabrol, médecin, et M. Fey, chirurgien.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Classement définitif des candidats.*

MM. les Drs Billet : 82 points ; Lortat-Jacob : 81 points; Delinotte : 81 points ; Rouvillois : 81 points.

M. Billet est déclaré reçu au concours de chirurgien des hôpitaux.

Concours spécial d'assistant d'électro-radiologie (Nouveau régime). — Ce concours spécial est exclusivement réservé aux assistants d'électro-radiologie (ancien régime).

Le concours spécial d'assistant d'électro-radiologie (nouveau régime) sera ouvert le 14 décembre 1943, à 9 heures, à l'Administration centrale, salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria, 2e étage.

Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres. Chaque candidat devra, au moment de son inscription, déposer en dix exemplaires la liste de ses titres ainsi que ses travaux scientifiques, avec

les références militaires, universitaires, hospitalières. Chaque exemplaire de ces titres ne devra pas dépasser vingt pages dactylographiées.

Inscriptions reçues à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (Escalier A, 2e étage), du 18 au 29 novembre 1943 inclusivement, de 15 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés)

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — M. le Dr Sivadon, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique d'Ainay-le-Château (Allier), reçu au concours des médecins des hôpitaux psychiatriques de la Seine du 21 juin 1943, est mis à la disposition du préfet de la Seine et nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard.

M. le Dr Leconte, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Moulins, non installé, est nommé médecin directeur à l'hôpital psychiatrique d'Ainay-le-Château (Allier).

M. le Dr Schutzenberger est nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Moulins.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Certificats de charbon. — Ont droit :

Opérés, blessés graves, traités à domicile :

Pendant toute l'année.

a. Vingt-cinq kilos si la durée des soins nécessaires (pansements, lavages, etc.) est inférieure à huit jours ;

b. Cinquante kilos si cette durée excède huit jours.

Ces allocations sont, en principe, non renouvelables.

Malades soignés à domicile :

Le répartiteur a institué, pour cette campagne, 4 catégories :

1. *Catégorie n° 1.*

Affections aiguës fébriles d'une durée de moins de huit jours : 25 kilos en principe, non renouvelables, sur présentation d'un certificat médical légalisé.

Période d'attribution : entre le 1er novembre et le 31 mars.

2. *Catégorie n° 2.*

Affections aiguës fébriles d'une durée supérieure à huit jours : 50 kilos sur présentation d'un certificat médical légalisé. Dans des cas graves, cette dotation peut être renouvelée.

Période d'attribution : entre le 1er novembre et le 31 mars.

3. *Catégorie n° 3.*

Affections chroniques ou infirmités exigeant des soins spéciaux (lavages, pansements de plaies, lessivage de linge, etc.) : 50 kilos par trimestre.

Période d'attribution : toute l'année.

L'allocation ne sera faite que sur présentation d'un certificat portant avis favorable du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, 242, boulevard Saint-Germain.

Les praticiens établiront pour cet organisme une note confidentielle au vu de laquelle il délivrera, s'il le juge utile, le certificat nécessaire à l'établissement du titre par vos soins.

Ce certificat n'est valable que pour trois mois.

4. *Catégorie n° 4.*

Chauffage des personnes atteintes d'infirmités ou de maladies chroniques les obligeant à garder constamment la chambre : 50 kilos par mois d'hiver.

Période d'attribution : entre le 1er novembre et le 31 mars.

L'allocation ne pourra être faite, pour cette catégorie, comme pour la troisième, que sur présentation d'un certificat émanant de l'Ordre des médecins.

En pratique : du 1er novembre au 31 mars :

Les médecins pourront délivrer des certificats légalisés ne comportant pas de diagnostic, et qui seront présentés directement aux services municipaux dans deux cas :

Pour la catégorie n° 1 (affections passagères n'excédant pas une durée de huit jours, justifiant une allocation de 25 kilos de charbon);

Et pour la catégorie 2 (affections passagères dépassant huit jours justifiant 50 kilos de charbon).

D'autre part, les médecins auront à délivrer deux certificats, l'un ouvert légalisé et sans diagnostic, l'autre confidentiel pour l'Ordre, comportant l'âge du malade, le diagnostic détaillé et les soins prescrits :

Dans les cas relevant de la catégorie 3 (affections chroniques exigeant des soins spéciaux, lavages, pansements, lessivages : 50 kilos par trimestre) ;

Et dans les cas de la catégorie 4 (infirmités ou maladies chroniques immobilisant le malade pendant l'hiver : 50 kilos par mois).

Les doubles attestations concernant les catégories 3 et 4 devront être transmises par les malades à l'Ordre des médecins de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain.

COURS ET CONFÉRENCES

Chaire de médecine légale (professeur : M. M. Duvoir). — Questions médico-légales d'actualité, le vendredi, de 14 à 15 heures, à l'amphithéâtre de l'Institut médico-légal, 2, place Mazas, sous la direction de M. R. Piédelièvre, agrégé, chef des travaux pratiques.

Quelques mystères de l'œuf humain.

Vendredi 3 décembre 1943. — M. Piédelièvre : Le spermatozoïde, l'ovule et l'œuf.

Vendredi 10 décembre. — M. Varangot : La nidation et le développement de l'œuf.

Vendredi 17 décembre. — M. Piédelièvre : Les métamorphoses du fœtus.

Vendredi 7 janvier 1944. — M. Dérobert : Le développement de l'os humain.

Vendredi 14 janvier. — M. Dérobert : Les hémoglobines humaines.

Vendredi 21 janvier. — M. Turpin : Potentialité héréditaire de l'œuf.

Vendredi 28 janvier. — M. Turpin : Le groupe sanguin, caractère héréditaire.

Vendredi 4 février. — M. Dérobert : La recherche de la paternité.

Questions d'identification.

Vendredi 11 février. — M. Sannié : Principes généraux d'identification.

Vendredi 18 février. — M. Sannié : Les empreintes digitales.

Vendredi 25 février. — M. Piédelièvre : L'évolution des empreintes chez les mammifères.

Vendredi 3 mars. — M. Dérobert : L'identification par les dents.

Vendredi 10 mars. — M. Piédelièvre : Les empreintes des ongles dans la strangulation et les prises.

Vendredi 17 mars. — M. Piédelièvre : L'heure du crime, la date de la mort.

Vendredi 24 mars. — M. Ch. Paul : Le dépeçage et ses instruments.

La mort.

Vendredi 31 mars. — M. Dérobert : La mort subite et le système neuro-végétatif.

Vendredi 21 avril. — M. Delarue : La mort subite par embolie pulmonaire.

Vendredi 28 avril. — M. Dérobert : Le droit de guérir et l'euthanasie.

Vendredi 5 mai. — M. Delarue : La plaie et son évolution.

Vendredi 12 mai. — M. Delarue : L'avortement et ses conséquences mortelles.

Vendredi 19 mai. — M. Varangot : Les abortifs biologiques ou soi-disant tels.

Vendredi 26 mai. — M. Duvoir : La conservation naturelle des corps.

Vendredi 2 juin. — M. Dérobert : La conservation artificielle des corps.

Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail (directeur : M. le professeur M. Duvoir). — Ouverture de l'enseignement : 16 novembre 1943. La présence des élèves est obligatoire à tous les cours théoriques et aux séances pratiques.

Enseignement théorique.

Médecine du travail. — Directeur : professeur M. Duvoir, médecin des hôpitaux ; adjoints : MM. R. Piédelièvre, H. Desoille, agrégés. M. Dérobert, assistant.

Ce cours sera professé les mardis et jeudis, de 15 h. 45 à 16 h. 45 et de 17 heures à 18 heures, à l'amphithéâtre de l'Institut médico-légal (place Mazas), et traitera des questions suivantes : Introduction à la médecine du travail, législation. Les maladies professionnelles causées par les agents chimiques, physiques, végétaux et animés. L'organisation et les buts de la médecine du travail

Hygiène et toxicologie industrielles. — Directeur : professeur R. Fabre, membre de l'Académie de médecine, pharmacien des hôpitaux ; assistants : M. Chéramy, pharmacien des hôpitaux, et Malangeau, chef de laboratoire.

Ce cours sera professé les samedis, de 15 h. 45 à 16 h. 45 et de 17 heures à 18 heures, à l'amphithéâtre de l'Institut médico-légal (place Mazas), et traitera de l'hygiène industrielle générale (assainissement des ateliers, modes de travail, etc...) et de l'hygiène industrielle spéciale (étude technologique et toxicologique des agents chimiques, physiques, végétaux et animés intéressant la pathologie du travail).

Enseignement pratique

A. *Enseignement pratique obligatoire* (consulter les affiches spéciales au laboratoire de médecine légale. Institut médico-légal).

1° Stages hospitaliers (à partir du 3 décembre 1943).

Hôpital Saint-Louis. — Tous les samedis, à 10 heures, consultation du professeur M. Duvoir, assisté du Dr Poumeau-Delille pour la cardiologie et la pneumologie, du Dr Coutela pour l'ophtalmologie, du Dr Michel Gaultier pour la gastro-entérologie, du Dr Perrin pour la neuro-psychiatrie, du Dr Albahary pour l'hématologie.

Hôpital Saint-Louis. — Les samedis, à 10 heures, consultation du professeur Gougerot, au dispensaire de la Faculté, pour la dermatologie professionnelle.

Hôpital Saint-Louis. — Les samedis, à 9 h. 30, consultation du Dr B. Desplas, pour les blessés pensionnés du travail (chirurgie réparatrice des blessures et invalidités du travail).

2° Travaux pratiques de toxicologie industrielle sous la direction de M. le professeur R. Fabre, le samedi, de 14 à 17 heures, au laboratoire de médecine légale (Institut médico-légal), au cours du semestre d'été.

3° Visites d'usines sous la direction de M. le professeur R. Fabre, au cours du semestre d'été.

B. *Enseignement pratique facultatif.* — 1° Cours de biotypologie et de psychotechnie appliquées à la sélection et au reclassement professionnels de la main-d'œuvre. Ce cours est public. Il comportera 40 conférenees qui auront lieu à l'amphitbéâtre de l'Institut médico-légal (place Mazas), tous les lundis, de 15 h. 45 à 16 h. 45 et de 17 heures à 18 houres, à partir du lundi 22 novembre 1943. Il sera délivré un certificat d'assiduité.

2° Cours et travaux pratiques d'hématologie professionnelle, sous la direction de M. le professeur M. Duvoir.

Ils comprendront 10 séances et commenceront le mercredi 5 janvier 1944, à 14 hcures, au laboratoire de médecine légale (Institut médico-légal). Les séances comporteront un exposé théorique et technique suivi d'applications pratiques et de manipulations. Ils se poursuivront tous les mercredis.

Les auditeurs recevront un certificat d'assiduité.

Droits de lahoratoire supplémentaires : 300 francs. Le nombre des élèves est limité.

Les inscriptions spéciales sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, où les bulletins de versement seront délivrés.

3° Stages hospitaliers. Consultations de médecine du travail.

Hôpital Saint-Antoine. — Tous les samedis, à 9 heures. Service du professeur Cadenat, pour la traumatologie.

Hôpital Cochin. — Les jeudis et samedis, à 9 beures. Service du Dr Coste, agrégé, pour la dermatologie et la rbumatologie professionnelles.

Hôpital Bichat. — Les samedis, à 9 heures. Service du Dr Cl. Gautier assisté du Dr Eck, pour la médecine du travail en général.

Hôpital Tenon. — Les vendredis, à 9 h. 30. Service du professeur C. Lian, étude de l'aptitude au travail des cardiaques.

Clinique Baudelocque. — Les jeudis, à 10 heures. Service du professeur L. Portes, pour l'obstétricie sociale.

Hôpital-hospice Saint-Vincent-de-Paul. — Les mardis, à 9 beures. Service du Dr Dechaume, pour la stomatologie.

Centre national de la Transfusion sanguine et de Séroprophylaxie (hôpital Saint-Antoine). — Les lundis et jeudis, à 14 heures; les mercredis et samedis, à 9 h. 30. Service du professeur agrégé M. Sureau assisté du Dr André, chef de lahoratoire, pour l'hématologie.

Hôpital de Saint-Denis. — Les mardis, à 9 heures. Service du Dr Delafontaine, pour la médecine du travail en général.

Hôpital de Créteil. — Les lundis et jeudis, à 9 heures. Service du professeur agrégé M. Sureau, pour la gynécologie et l'obstétricie.

Centre de recherches et de documentation

à l'Institut médico-légal, place Mazas (XIIe). Tél. : Diderot 42-55.

Le Centre de recherches étudie l'anatomo- et la physio-pathologie professionnelles, la toxicologie et la prophylaxie des maladie professionnelles (cbef de service : Dr Dérobert).

Section d'hématologie : Dr Albahary. — *Section d'anatomo-pathologie* : Dr Dérobert. — *Section de biophysiologie* : M. Fallot. — *Section de radiologie et physique appliquée* : M. Pizon. — *Section de toxicologie* : chef du laboratoire : M. Chéramy, adjoint : M. L. Truffert. — *Documentation et bibliothèque* : tous les jours, sauf le dimanche, de 14 beures à 17 h. 30.

Le Centre de recherches et de documentation est à la disposition de tous ceux qui s'intéressent à la médecine du travail.

Les cours sont publics, mais l'inscription est obligatoire pour les candidats au diplôme.

Conditions pour l'obtention du diplôme de l'Institut.

L'obtention du diplôme de l'Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail est subordonnée à l'assistance obligatoire aux cours et travaux pratiques, et à la réussite aux examens qui auront lieu à la fin des cours.

Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers pourvus de 20 inscriptions (régime 1924) ou 24 inscriptions (N. R. 1934) peuvent postuler le diplôme. Les titres et diplômes et, de plus, l'acte de naissance doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont : un droit d'immatriculation : 300 francs; un droit de bibliotbèque : 200 francs ; deux droits trimestriels de lahoratoire à 300 francs (soit 600 francs) ; un droit d'examen : 20 francs.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 beures. Le registre d'inscription sera définitivement clos le 1er décembre 1943.

Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail. — Cours pratique d'hématologie professionnelle sous la direction de M. le professeur M. Duvoir, médecin des hôpitaux, avec le concours de MM. Albahary, L. Brumpt, Dérobert, Fallot et J. Mallarmé.

Ce cours comprendra dix leçons et commencera le mercredi 5 janvier 1944, à 14 heures, au laboratoire de médecine légale de la Faculté, et se continuera tous les mercredis.

Les séances comporteront un exposé tbéorique et technique suivi de manipulations.

Les auditeurs recevront un certificat d'assiduité.

Droits à verser : 300 francs. Le nombre des élèves est limité.

Seront admis les élèves régulièrement inscrits au diplôme de l'Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail pour l'année 1943-44 ; les docteurs en médecine déjà titulaires du diplôme de l'Institut pourront être admis, ils devront en outre acquitter un droit d'immatriculation de 150 francs.

Les inscriptions spéciales sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

Le registre d'inscription sera définitivement clos le 27 décembre 1943.

REVUE DES LIVRES

Neuro-chirurgie d'urgence. Indications et technique, par M. R. Klein et F. Thiébaut. Préface du professeur Clovis Vincent. Un volume de 68 pages, 31 fig. (***Masson et Cie, édit.***)

Placés devant une urgence neuro-chirurgicale, le médecin et le chirurgien non spécialisés éprouvent habituellement un cruel embarras. Il suffit pour s'en convaincre de relire les discussions de l'Académie de chirurgie sur le traitement des traumatismes craniens. Doit-on s'abstenir, la lésion étant susceptible de régression spontanée, ou au contraire au-dessus de toute thérapeutique ? Doit-on intervenir, l'opération pouvant seule sauver le malade, et dans ce cas que faut-il faire ? Telles sont les questions auxquelles répondent Klein et Thiéhaut, dans ce petit livre, fruit de l'expérience acquise dans le service de la Pitié, où Clovis Vincent fonda la neuro-chirurgie française. Il faut les remercier d'avoir répondu au vœu si souvent formulé par de nombreux médecins et chirurgiens, et d'avoir exposé de façon volontairement simple et schématique les principaux cas d'urgence neuro-chirurgicaux.

La première partie, consacrée à la clinique, étudie tout d'abord les traumatismes craniens, non pas en décrivant l'une après l'autre, à la manière d'un traité, les différentes complications, mais en exposant avec précision les éléments permettant d'apprécier si la vie du blessé est en danger, et si une intervention est nécessaire. Comme l'a montré l'étude minutieuse des suites opératoires, — l'intervention réalisant un véritable traumatisme expérimental, — le pronostic doit se baser non sur l'existence d'une fracture du crâne ou de signes de localisation, mais sur les troubles de la conscience : psychisme, déglutition, etc., sur les troubles de la circulation, de la respiration, de la régulation tbermique. C'est la recberche de ces signes qui constitue le temps essentiel de l'examen. Le second chapitre traite des cas d'urgence en dehors des traumatismes, c'est-à-dire au cours des tumeurs, ce terme étant pris dans son sens le plus large, ou des « encéphalites » capables de simuler en tout point les tumeurs.

Une fois prise la décision opératoire, il est indispensable de connaître les techniques neuro-chirurgicales courantes si l'on veut aborder avec quelques cbances de succès le traitement des cas urgents. La seconde partie du livre expose ces techniques très simples, qui ne demandent que fort peu de matériel spécial et, de la part du chirurgien général, qu'un minime effort d'adaptation. Ce sont : la ponction ventriculaire, les trous de trépan explorateurs qui permettent de voir directement les lésions et leur siège avant de les aborder, et enfin le volet décompressif. Le second chapitre traite des traumatismes avec plaie, et le troisième, des fractures du crâne avec ouverture des cavités aériennes. Dans tous les cas, le temps principal consiste à tailler un volet permettant de voir largement toutes les lésions.

Enfin, le dernier chapitre indique quels soins demandent les opérés pour que l'évolution se fasse dans un sens favorable.

Ainsi compris, ce petit livre contient tout ce que doivent savoir médecins et chirurgiens non spécialisés pour « que la neuro-chirurgie ne soit pas un cbamp clos dans lequel le chirurgien général ne peut s'aventurer que sous menace de mort... pour le malade », ainsi que le dit le professeur Clovis Vincent dans la préface.

Roger Pluvinage.

Der rheumatismus in Kindes alter Teil I : Der rheumatismus verus und seine differential diagnose, par le professeur G. Fanconi et le Dr H. Wissler, avec 25 figures. (***Dresde et Leipzig, Theodor Stemkopff, éditeur.***)

Le professeur G. Fanconi, de Zurich, est un pédiatre trop connu et apprécié pour qu'il soit nécessaire de souligner l'importance de l'ouvrage qu'il vient de publier avec son collaborateur, M. Wissler. Les limites du rhumatisme articulaire aigu sont particulièrement délicates à fixer chez le jeune enfant, et les auteurs commencent par préciser ce qu'est la polyarthrite aiguë rbumatismale, établir son diagnostic différentiel avec toutes les affections rhumatoïdes, qui si souvent sont à tort rattachées au rhumatisme articulaire aigu alors qu'elles n'en ont que le masque. Ils exposent ensuite ce qu'est, à leur sens, le rbumatisme vrai et notamment le rhumatisme cardiaque, ce qu'est la cboréc, ce qu'il faut entendre par fièvre rhumatismale, et décrivent les symptômes accessoires du rhumatisme, et après avoir, avec précision, exposé les règles du pronostic et du traitement, ils résument en quelques pages leurs idées sur la pathogénie et l'étiologie du rhumatisme, encore obscure sur bien des points.

Leur livre apporte un exposé fort intéressant, qui est une excellente synthèse de nos connaissances actuelles.

P. Lereboullet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 5 novembre 1943.

A propos d'une tumeur pseudo-kystique du médiastin. — MM. E. RIST, J.-L. ROUX-BERGER et Mme BLANCHY-ROUX-BERGER ont observé chez un jeune homme de dix-neuf ans, bien portant, à l'occasion d'un examen de dépistage de la tuberculose, une ombre volumineuse ovalaire, faisant saillie dans le médiastin antérieur à droite du cœur. L'année suivante, la même ombre a triplé de volume. Le pneumothorax artificiel suivi de pleuroscopie permet de préciser l'aspect et la situation de cette tumeur sphérique, molle, à contenu liquide. L'intervention faite sous anesthésie locale montre qu'il s'agit d'un pseudo-kyste occupant le médiastin antérieur et contenant un liquide chatoyant à cristaux de cholestérine, dû au ramollissement de la tumeur. Il est enlevé en totalité. Les suites opératoires sont bénignes et le malade est guéri depuis un an et demi. L'examen histologique fait voir des cellules d'aspect néoplasique, infiltrant un tissu lymphoïde, et provoquant une réaction réticulo-endothéliale importante. C'est un dysembryome à potentiel malin atténué.

Leptospirose à « L. grippo-typhosa ». (Forme méningo-rénale avec complications oculaires tardives. — M. F. BENOIST, Mme KOLOCHINE-ERBER, MM. JOURDY, SCLAFER et LOUIS rapportent l'observation d'un jeune homme de vingt et un ans présentant un syndrome méningo-rénal quinze jours après un bain dans un étang de Seine-et-Marne. Le séro-diagnostic négatif pour la spirochétose ictéro-hémorragique s'est révélé positif pour la *Leptospirose grippo-typhosa*. Après une huitaine de jours, le sujet entre en convalescence. Six mois après il présente une irido-choroïdite gauche qui guérit lentement mais complètement sous l'influence d'un traitement symptomatique joint à un traitement bismuthique.

Un nouveau cas de mort au cours d'un accès d'asthme. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mlle GAUTHIER-VILLARS et M. A. DOMART apportent un cas de mort au cours d'un accès d'asthme. Les constatations anatomiques mettent en évidence, comme dans la plupart des observations antérieurement publiées, un élargissement des bronches de tout calibre, une infiltration du chorion de la muqueuse par des cellules éosinophiles et, fait dominant, qui explique l'asphyxie, une obstruction de la lumière bronchique par du mucus contenant de nombreux éosinophiles.

M. CATHALA demande si la coexistence d'une néphrose lipoïdique et d'asthme ne représente qu'une simple coïncidence, et rappelle l'opinion selon laquelle le traitement prolongé par l'éphédrine ou l'adrénaline n'est pas dépourvu de nocivité dans certains cas d'asthme.

M. MAURIC ne voit aucun rapport entre l'asthme et la néphrose. Dans les cas où le traitement adrénalinique demeure inopérant, il a recours à l'injection d'huile soufrée, qui donne une poussée fébrile et améliore le malade temporairement.

M. RIST rappelle que l'adrénaline, en raison de son action sur les fibres bronchiques, agit contre le spasme.

M. AMEUILLE souligne l'importance du facteur hypercrinie bronchique et l'incertitude où l'on se trouve d'affirmer l'existence d'un spasme bronchique. L'injection de pilocarpine a pu améliorer certains cas d'asthme.

M. HILLEMAND a observé un cas de mort après injection d'une préparation à base d'adrénaline.

M. PERRAULT est d'avis que l'adrénaline peut être dangereuse. L'élément essentiel de l'asthme est l'obstruction bronchique par hypercrinie muqueuse.

M. BRULE rappelle que la mort survient véritablement par asphyxie due à l'hypersécrétion de mucus épais obstruant les bronches.

Éythème du neuvième jour chez une asthmatique traitée par un antihistaminique de synthèse. — MM. J. DECOURT et R. GORIN rapportent l'histoire d'une femme recevant pour un asthme 6 comprimés d'antergan par jour et qui présenta, le huitième jour du traitement, un clocher thermique à 39°,3 et le neuvième jour une éruption généralisée, morbilliforme en certains points, scarlatiniforme en d'autres. L'éruption prend les jours suivants un caractère prurigineux, et certains éléments ont un aspect urticarien. Une éruption d'herpès apparaît à la face. Il s'agit en somme d'accidents dits du neuvième jour, tels qu'on en observe au cours des chimiothérapies les plus diverses. C'est la première fois que l'on signale une éruption de ce genre au cours d'un traitement par un corps dit anti-histaminique. L'intérêt de ce fait est de montrer que l'éruption a pu apparaître malgré les propriétés particulières de ce corps. Dans des conditions semblables, et chez deux asthmatiques également, les auteurs avaient vu apparaître de l'urticaire.

Cancer gastrique et test thérapeutique. — MM P. HILLEMAND et BUREAU rapportent l'observation d'un malade se plaignant de douleurs gastriques intenses, chez lequel les examens radiologiques étaient pratiquement négatifs, alors que la gastroscopie révélait sur la face antérieure de l'antre une ulcération plate de 8 centimètres sur 8 centimètres.

Un doute subsistant sur la nature maligne de la lésion, une épreuve thérapeutique fut pratiquée, et deux mois plus tard une nouvelle gastroscopie montrait une disparition complète de l'ulcération. On posa le diagnostic de lésion bénigne. Deux mois après, le malade était revu avec une ascite et une grosse lacune gastrique. Les auteurs rapprochent cette observation d'une autre observation analogue publiée avec Bergeret et Chérigié. Ils discutent le rôle de l'inflammation dans la pathogénie des modifications de ces images. Malgré ces faits exceptionnels, ils continuent à attacher une grande importance au test thérapeutique qui apporte un élément non de certitude, mais de présomption dans la détermination de la bénignité ou de la malignité d'une niche.

Septicémie staphylococcique après thérapeutique de choc. — M. FLANDIN rapporte l'histoire d'un jeune homme qui, pour un furoncle banal de la région sacrée, reçut une injection de propidon. L'injection fut suivie du développement d'une septicémie à staphylocoques, avec hépatonéphrite et phénomènes méningés. L'auteur estime que des thérapeutiques aussi brutales doivent être proscrites pour le traitement de lésions bénignes.

M. JAUSION estime que le propidon utilisé par voie intradermique à faibles doses est dépourvu de nocivité, tout en étant très actif.

Séance du 12 novembre 1943.

Ictère catarrhal dû à « L. grippo-typhosæ ». — MM. M. PERRAULT, J. VIGNALOU et C. SORS rappellent que la nouvelle leptospirose, contrairement à la spirochétose ictéro-hémorragique, touche rarement le foie (à peine 2 p. 100 des cas). Or les auteurs ont eu l'occasion d'observer non pas une leptospirose grippo-typhosique avec détermination ictérique en quelque sorte supplémentaire, mais un ictère catarrhal dont le tableau clinique était assez peu caractéristique, et qui cependant s'est révélé dû à *L. grippo-typhosa*. Ainsi, bien que son tropisme hépatique soit apparemment très faible, la nouvelle leptospirose doit prendre place aux côtés de la leptospirose ictéro-hémorragique, dans le cadre si touffu de l'ictère dit « catarrhal ».

Traitement de la gangrène pulmonaire par les sels d'or. — M. R. BÉNARD traite depuis près de quatorze ans la gangrène pulmonaire par la chrysothérapie et apporte les résultats de son expérience portant sur 23 cas. Dans tous les cas, l'odeur putride de l'haleine ou de l'expectoration a entièrement disparu. En environ deux semaines le volume de l'expectoration s'est réduit à quelques crachats et la température est revenue à la normale.

La médication n'a déterminé aucun accident et quelques malades ont terminé leur traitement de façon ambulatoire. Enfin ce traitement n'a pas été sans exercer une heureuse influence sur l'évolution de l'affection. Cinq des malades sont morts (tuberculose, néoplasme, métastase gangreneuse cérébrale), mais 18 cas, parmi lesquels une pneumonie gangreneuse et 3 abcès gangreneux, guérirent dans un délai de deux mois environ. La guérison s'est maintenue depuis. Malgré la tendance à la guérison spontanée de certaines formes d'infections putrides du poumon, le pourcentage observé paraît bien résulter d'autre chose que d'une pure coïncidence.

M. POUMAILLOUX insiste sur la constance de l'action désodorisante qu'exerce sur l'expectoration la chrysothérapie, et rapporte une observation récente où cette thérapeutique amena la guérison.

Intolérance au 2335 RP. — MM. F. COSTE, J. BOYER et M. MORIN relatent 3 cas d'intolérance retardée survenant vers le neuvième jour. Dans un cas seulement existait une éruption cutanée. Dans les deux autres les accidents se limitaient à une poussée fébrile. Chez un quatrième malade, l'accès fébrile suivit immédiatement la première absorption de médicament. Ces réactions, jusqu'ici exceptionnelles, sont très bénignes et ne doivent en rien limiter les indications d'une thérapeutique précieuse.

M. DUFOUR demande si l'on a donné du sucre, qui atténue souvent les accidents.

Pseudo-sciatique et maladie de Hodgkin. — M. S. DE SÈZE et P. ORDONNEAU ont observé chez un malade adressé pour « sciatique rebelle » des altérations osseuses de l'ischion qui faisaient penser à un cancer osseux métastatique. La présence de petits ganglions cervicaux et la biopsie firent porter le diagnostic de maladie de Hodgkin. La radiothérapie fit cesser les douleurs, mais peu après apparaissent des douleurs lombaires et radiculaires en rapport avec une nouvelle localisation osseuse vertébrale de la maladie. A propos de cette observation, les auteurs rappellent la fréquence relative de l'atteinte osseuse, surtout pelvienne et vertébrale, dans la maladie de Hodgkin, et l'efficacité remarquable des rayons X sur les douleurs de cette origine. L'aspect radiologique des lésions n'a rien de caractéristique et peut donner lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic.

Trois observations d'ostéopathie de famine réalisant le syndrome de Looser-Debray-Milkmann. — MM. S. DE SÈZE et MONNIE rappellent les caractéristiques du syndrome dit de Milkmann, consistant en douleurs osseuses diffuses à prédominance pelvienne et vertébrale, rendant la marche très pénible et apparaissant chez des malades carencées. L'examen montre une raideur diffuse du rachis et des hanches faisant habituellement porter le diagnostic de coxarthrie, de rhumatisme. La radiographie montre une décalcification intense du bassin, particulièrement dans la région des ailerons sacrés et des articulations sacro-iliaques, ainsi que sur les branches ischio-pubiennes, où se trouve réalisée une image de fracture du bassin. Les auteurs, à propos de trois observations, insistent sur le rôle de la carence alimentaire, beaucoup plus importante dans la plupart des cas que la carence lumineuse. Souvent s'associent d'autres aspects de l'ostéopathie de carence, tels que déformation ostéomalacique du bassin, ostéoporose rachidienne. Le traitement spécifique par calcium, phosphore et vitamine à très fortes doses donne des résultats extrêmement brillants.

M. DECOURT pense qu'il s'agit d'une forme particulière d'ostéomaladie. Le traitement recalcifiant n'exerce aucune influence défavorable chez les athéromateux. Il fait disparaître l'hypertrophie parathyroïdienne compensatrice.

M. GARCIN souligne l'aspect particulier de ce syndrome du point de vue radiologique, les traits paraissant isoler la symphyse pubienne.

M. LEREBOULLET estime qu'il s'agit d'une forme un peu spéciale d'ostéomalacie.

M. DE GENNES rapporte quelques observations atypiques, en particulier avec lésions vertébrales.

M. DECOURT a observé des cas de ce genre, mais le diagnostic avec les néoplasmes secondaires est particulièrement difficile, et dans ses observations personnelles le diagnostic de métastase a pu être porté.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — MM. M. LAMY et J. TURIAF, M[lles] M.-L. JAMMET et O. SCHWEISGUTH présentent une enfant de treize ans chez laquelle ils ont assisté à l'éclosion, au développement et à la guérison d'une maladie de B.-B.-S. Révélée par des troubles oculaires qui traduisaient de graves lésions de la cornée et de l'iris, la maladie se manifestait encore par de volumineuses adénopathies médiastines et sus-claviculaires, par une gomme musculaire, des lésions de la peau et enfin une infiltration micro-nodulaire des deux poumons. L'enfant a guéri complètement en dix-huit mois sans qu'aucune thérapeutique ait été instituée.

Deux biopsies successives ont montré la présence d'un tissu tuberculoïde fait de plages de nécrose, de follicules épithélio-giganto-cellulaires et de sclérose dense.

(Voir suite page III.)

Les auteurs admettent que les lésions histologiques de la maladie de B.-B.-S. sont si semblables à celles de la tuberculose qu'il est impossible, au moins dans beaucoup de cas, de les en distinguer.

Toutefois il ne semble pas que la nature tuberculeuse de la maladie puisse être acceptée, car plusieurs arguments plaident contre cette hypothèse : la réponse négative des épreuves tuberculiniques, l'absence de bacilles dans les tissus, démontrée par l'inoculation au cobaye, enfin la guérison rapide et complète des lésions graves et étendues.

M. J. DECOURT a observé, après inoculation au cobaye de lésions du type de la maladie de B.-B.-S, une réaction ganglionnaire curable.

M. RIST estime que les lésions histologiques ne ressemblent pas à celles de la tuberculose, dont elles diffèrent par l'absence de nécrose. Les inoculations au cobaye demeurent constamment négatives.

M. LAMY a vu des lésions de B.-B.-S. d'aspect tuberculoïde. Seule une cuti-réaction négative a de la valeur au point de vue diagnostique.

ROGER PLUVINAGE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 3 novembre 1943.

Iléus spasmodique. — MM. MONDOR et OLIVIER.

Kyste hydatique calcifié de la queue du pancréas associé à un ulcère pylorique. Gastrectomie. Kystectomie. Guérison. — M. PRAT. (Rapport de M. PATEL.)

Lithiase rénale par mutation calcique au cours de l'évolution d'une ostéomyélite ayant entraîné une importante décalcification osseuse. — M. HERBERT. (Rapport de M. R. COUVELAIRE.)

Perforation du grêle, premier symptôme d'une fièvre paratyphoïde B. Guérison. — MM. LAPEYRE et GROS. (Rapport de M. CADENAT.)

Résection des splanchniques droits pour syndrome douloureux abdominal diffus. — MM. FROELICH et BUCK. (Rapport de M. WILMOTH.) Les auteurs ont décidé cette intervention après de nombreuses tentatives thérapeutiques infructueuses. Ils en ont obtenu un résultat rapide et durable.

A propos du traitement des hernies crurales et inguinales étranglées avec gangrène de l'intestin. — MM. SÉNÈQUE, MARCEL ROUX et ROGNON apportent une statistique hospitalière dans laquelle les cas de hernie étranglée avec gangrène intestinale ont donné 66 p. 100 de guérisons.

La résection diaphysaire précoce dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë (statistique intégrale des cas opérés de 1924 à 1938). — M. LEVEUF s'élève contre la résection primitive ; il adopte la conduite suivante : plâtre, incision de l'abcès sous-périosté ; et, seulement lorsque la fièvre persiste après cette incision, on recourt à la résection secondaire précoce, qui, faite dans de telles conditions, et en respectant certaines règles, donne de bons résultats.

Par contre, la résection primitive est dangereuse et aveugle ; M. LEVEUF la rejette formellement.

Même dans ses suites éloignées, la résection primitive est beaucoup moins favorable que la résection secondaire précoce.

Fibrome de l'estomac. — MM. SEILLÉ et WETTERWALD rapportent une observation de fibrome pur de l'estomac de variété exogastrique. La gastrectomie amena la guérison.

Prolapsus muqueux vingt-cinq ans après une opération de Baldwin-Mory pratiquée pour absence congénitale de vagin. — MM. BROCQ et POILLEUX. — A l'occasion de son intervention secondaire sur le prolapsus, M. Brocq a prélevé un fragment de la muqueuse intestinale qui avait servi à la réfection du vagin, fragment sur lequel on n'a pas observé de métaplasie cellulaire.

Séance du 10 novembre 1943.

La réaction d'allergie provoquée chez l'animal tuberculisé par injection sous-cutanée de sérum sanguin. — MM. BARGE et BOURGAIN. — Rapport de M. BAZY.

Apparition de sarcomes de la langue consécutifs à des traitements par le radium. — MM. ROUX-BERGER et GRICOUROFF ont observé plusieurs cas de sarcomes survenant dans les suites éloignées d'épithéliomas traités par le radium. Des expériences faites sur l'animal ont permis d'obtenir, par le radium, des sarcomes. M. Roux-Berger conclut, bien que ces cas soient rares, à la nécessité d'une surveillance indéfinie des malades traités pour épithélioma de la langue. Il faut penser au radio-sarcome thérapeutique.

Un cas d'iléite chronique segmentaire et terminale. — MM. OBERLIN, CL. ROUVILLOIS et BULLIARD rapportent un cas de cette affection, dont ils dégagent quelques caractères cliniques et déductions thérapeutiques.

M. QUÉNU rapporte un cas d'iléite régionale guérie par la résection.

M. RICHARD montre que l'iléite peut être de nature tuberculeuse.

M. REDON apporte une observation d'iléite à forme tumorale.

Projections de films : Le choc, l'hémorragie, l'asphyxie. — M. LÉON BINET.

Physiologie du cortex surrénal et effets physiologiques de la cortine. — Film sonore. — MM. LÉON BINET et BARGETON.

Invagination iléo-colique. — Présentation de pièce : MM. MERLE D'AUBIGNÉ et THOMERET.

Volvulus du sigmoïde. — Présentation de radiographie : M. MOULONGUET.

Présentation de malade : M. VERNE.

JACQUES MICHON.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Patourneau (de Nantes). — M. le médecin-lieutenant-colonel Augarde (de Bordeaux). — Le Dr Marc Blatin (de Saint-Agoulin). — Le Dr Robert-Augustin Cassé (de Bernay, Eure). — M. Yves Bonvarlet, fils du Dr Bonvarlet (de La Chapelle-au-Riboul, Mayenne). Nous avons le vif regret d'apprendre la mort du professeur Pierre Nobécourt, membre de l'Académie de médecine, survenue le vendredi 19 novembre, à Louveciennes.

FIANÇAILLES. — Mlle Denise Leroux, fille de Mme et du Dr Leroux, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et M. Manuel Diez.

MARIAGE. — Le Dr André Rousseau, ancien externe des hôpitaux de Paris, avec Mlle Anne-Marie Boudot-Lamotte.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme P. Gala font part de la naissance de leur fille, Françoise. — Le Dr et Mme Le Guern font part de la naisssance de leur fils, Loïck. — Le Dr et Mme Dubois-Loranchet font part de la naissance de leur fils, Joseph. — Le Dr et Mme Jean Vannière font part de la naissance de leur fille, Catherine. — Le Dr et Mme Dessaint font part de la naissance de leur fille, Michelle. — Le Dr et Mme Charles Beaufils font part de la naissance de leur fille, Marie-Christine. — Le Dr et Mme Nédélec font part de la naissance de leur fille, Martine.

SANTÉ PUBLIQUE

Conseil permanent d'hygiène sociale. — Sont nommés membres du Conseil permanent d'hygiène sociale (commission de la tuberculose) :

M. le Dr Bariéty, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris ;

M. le Dr Pruvost, médecin des hôpitaux de Paris ;

M. le Dr Michel, médecin de sanatorium public.

Comité des inspecteurs généraux de la Santé et de l'Assistance. — M. le Dr Boidé, inspecteur général de la Santé et de l'Assistance, a été délégué en qualité de président du Comité des inspecteurs généraux de la Santé et de l'Assistance.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinicat.* — Sont nommés chefs de clinique, à la suite des concours qui ont eu lieu du 21 au 30 octobre 1943 :

Clinique des maladies du système nerveux, Salpêtrière : Mlle Feder, M. Fressinaud-Masdefeix.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, Saint-Louis : Mlle Eyraud, MM. Lesca et François.

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Sainte-Anne : Mlle Jouannais, Mlle Moreau, M. Maillard. — *Psychiatrie infantile :* M. Vivien.

Clinique oto-rhino-laryngologique, Piccini : M. Bouche.

Clinique chirurgicale, Saint-Antoine : M. Vintrebert.

Clinique urologique, Cochin : MM. Rousset et Magder.

Clinique ophtalmologique, Hôtel-Dieu : M. Druault-Toufesco.

Clinique médicale, Hôtel-Dieu : M. Aussanaire.

Clinique médicale propédeutique, Broussais : MM. Soullard et Teyssier.

Clinique de la tuberculose, Laennec : M. Tulou.

Clinique cardiologique, Broussais : M. Eman-Zade (à titre étranger).

Clinique obstétricale, Port-Royal : M. Abd el Nour.

Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Couvelaire et Tanon, professeurs retraités.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Le titre de professeur honoraire a été conféré à MM. Rocher, Lande et Duvergey, anciens professeurs admis à la retraite.

M. de Grailly, agrégé, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er octobre 1943, professeur d'anatomie pathologique et microscopie clinique, en remplacement de M. Damade, transféré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. A. Travers, professeur, est admis à la retraite pour ancienneté de services.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Chalnot, agrégé, est nommé professeur de pathologie chirurgicale.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — Le concours pour une place d'agrégé de physiologie, ouvert le 9 octobre, s'est terminé par la nomination de M. le Dr Lamelin.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. Paul Duron, docteur en pharmacie, licencié ès sciences, est provisoirement chargé du cours de matière médicale (M. Paul Jouffroy, décédé).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. le Dr Olivier, professeur suppléant, est chargé d'un cours complémentaire de biologie.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — **Concours des prix de l'Internat (médecine).** — *Médaille d'or.* — Liste de MM. les Membres du Jury par ordre du tirage au sort.

MM. les Drs Coureoux, Dérot, Mollaret, Poumeau-Delille, Tinel, médecins.

Concours des prix de l'Internat (chirurgie et accouchement). — *Médaille d'or.* — Liste de MM. les Membres du Jury par ordre du tirage au sort.

MM. les Drs Cauchoix, Leveuf, Brocq, chirurgiens ; Monbrun, ophtalmologiste ; Varangot, gynécologue-accoucheur.

Concours pour deux places d'assistant de stomatologie des hôpitaux. — Liste de MM. les Membres du Jury par ordre du tirage au sort.

MM. les Drs L'Hirondel, Fleury, Lemerle, Mme Papillon-Léage, MM. Gérard Maurel, Dechaume, Gornouec, stomatologistes ; Abrami, médecin ; M. de Gaudart d'Allaines, chirurgien.

Deuxième concours d'électro-radiologiste des hôpitaux pour une place, année 1943. — A la suite des épreuves du 1er concours 1943 (1 place), M. Lefèbre a été nommé.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — M. le Dr Jean-Baptiste Royer, médecin chef de service à titre provisoire à l'hôpital psychiatrique de Moulins, est nommé, à titre définitif, médecin chef de service dans le même établissement.

SANATORIUMS PUBLICS. — M. le Dr Rousselin a été nommé médecin adjoint au sanatorium de Dreux (Eure-et-Loir).

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Nomination des professeurs des facultés de médecine. — Par arrêté en date du 5 novembre 1943, l'article 1er de l'arrêté du 31 janvier 1942 est modifié ainsi qu'il suit :

« Les professeurs titulaires des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section médecine) sont répartis, pour l'application de l'article 5 de la loi du 15 juillet 1941, en seize groupes ci-après définis :

» 1° Chirurgie générale, neuro-chirurgie ;

» 2° Oto-rhino-laryngologie, chirurgie maxillo-faciale, odontostomatologie ;

» 3° Obstétrique et gynécologie ;

» 4° Urologie ;

» 5° Ophtalmologie ;

» 6° Médecine générale, pathologie interne, endocrinologie, thérapeutique, hydrologie, maladies infectieuses, cardiologie, histoire de la médecine ;

» 7° Neurologie, psychiatrie ;

» 8° Pédiatrie ;

» 9° Dermato-vénéréologie ;

» 10° Histologie et anatomie, embryologie, génétique et anatomie pathologique ;

» 11° Physiologie et médecine expérimentale ;

» 12° Physique médicale et radiologie ;

» 13° Chimie médicale ;

» 14° Bactériologie, hygiène et médecine sociale ;

» 15° Parasitologie et maladies exotiques ;

» 16° Médecine légale et médecine du travail. »

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL CHEZ LE NOURRISSON

(A propos de quelques récents travaux)

par P. Lereboullet et Fr. Saint Girons

Dans un substantiel volume sur les besoins alimentaires du nourrisson R. Turpin a récemment exposé l'ensemble des principes directeurs qui doivent assurer la bonne alimentation du nourrisson (*Les besoins alimentaires du nourrisson. Diététique normale et thérapeutique*, J.-B. Baillière et Fils, 1942). Il a dit avec précision les diverses conditions relatives à l'âge du nourrisson, à son mode d'allaitement, aux diverses circonstances pathologiques qui imposent le recours à des mesures d'ordre thérapeutique. A la base de ces notices se trouve un principe fondamental : « Les besoins alimentaires d'un organisme, dit R. Turpin sont très différents suivant le moment considéré. Nous en avons la preuve dans les variations que doit comporter la composition du régime de la naissance à la fin de la première enfance. S'il était besoin d'autres arguments, on les trouverait dans l'étude comparée de l'équilibre de la ration d'un nourrisson et de l'équilibre de la ration d'un adulte. »

Cette notion des *équilibres alimentaires* chez le nourrisson apparaît primordiale dans d'autres travaux récents (Mme L. Randoin et A. Rossier, *Régimes, vitamines et équilibre alimentaire*, Baillière, 1942, et A. Rossier, *Le Nourrisson*, décembre 1942, p. 175). Il importe d'analyser dans tout régime artificiel de nourrisson non seulement son apport calorique, non seulement sa teneur en principes énergétiques minéraux et vitamines, mais encore le taux des rapports de toutes ces substances entre elles. Le tableau dressé par Mme L. Randoin montre de façon très instructive les différences et même les oppositions qui existent de ce point de vue entre le lait de femme et le lait de vache. Ces constatations rendent compte des inconvénients du lait de vache ; et une ration surabondante, quand elle est déséquilibrée, est plus nocive qu'une ration un peu trop faible : ce fait, bien connu dans le rachitisme, a été démontré expérimentalement en 1924 par Mme Randoin et R. Lecoq : deux lots de pigeons reçoivent l'un une ration peu abondante, l'autre une ration surabondante d'un *même régime déséquilibré* ; tous les animaux tombent malades, mais le premier lot tardivement et à un faible degré, et le second précocement et sous une forme très grave, rapidement mortelle. Si, au contraire, on détermine le taux de ces rapports dans les régimes artificiels modernes des nourrissons (régime lacté restreint ; bouillies précocement données, légumes, jus de fruit, jaunes d'œuf), on constate qu'ils sont fort proches de ceux qui caractérisent le lait de femme, et l'on s'explique ainsi que les nourrissons soumis à ces régimes aient en général un développement normal et ne présentent pour ainsi dire jamais les multiples dystrophies du second semestre : rachitisme, dyspepsie du lait de vache, anémie hypochrome.

Il est donc primordial, maintenant plus que jamais, d'employer de façon rationnelle les différents *laits industriels* dans l'alimentation du nourrisson. Le professeur P. Röhmer (*Concours médical*, 1er février 1943, p. 103) étudie ces différents laits : lait condensé sucré et non sucré, poudre de lait entier acidifié, poudre de lait demi-écrémé, poudre de babeurre, farines lactées. Par leur bonne qualité, la facilité de leur conservation et de leur transport, par la variété de leur composition s'adaptant aux divers besoins de l'enfant bien portant et malade, ils s'étaient déjà en temps normal assuré une place importante en diététique infantile : dans les conditions actuelles, ils sont devenus sous plusieurs rapports irremplaçables.

Pour J. Lévesque, le classement des laits et des aliments chez le nourrisson doit être fondé sur l'étude du *chimisme* et du *transit gastrique*, et il a recours systématiquement et sans délai à ces méthodes au cas de troubles dyspeptiques sérieux et tenaces, ce qui évite des tâtonnements préjudiciables au petit malade. Ces troubles ne sont pas très fréquents parce que la grande majorité des nourrissons possèdent une faculté d'adaptation suffisante pour que soient effacées les différences de chacun des laits (*Bulletin médical*, 15 mars 1943, p. 83). Voici les conclusions de J. Lévesque :

1° Le *babeurre* et le *lait acide* sont des laits agressifs qui éveillent au maximum la sensibilité gastrique et provoquent un transit gastrique rapide. Ils sont indiqués dans la stase gastrique sans spasme ni lésion organique, mais, pour M. Lévesque, ils sont catastrophiques sur les estomacs hypersensibles.

2° Le *lait condensé sucré* est un excellent lait de consommation courante en raison du faible effort chlorhydropeptique demandé l'estomac. Mais il s'évacue très lentement. M. Lévesque le considère désastreux pour les estomacs hypo-excitables avec tendance à la stase. Par contre, il n'est pas agressif et réussit dans tous les cas légers de vomissements et de diarrhée prandiale due à l'hypersensibilité gastrique.

3° Les laits secs, en dehors de leur grande commodité qui a fait leur succès, sont surtout indiqués comme laits écrémés dans les cas où est prescrit le régime hypo-azoté. Ils demandent à l'estomac un effort sécrétoire important qui les rend nuisibles en cas d'insuffisance gastrique.

4° Le *lait de vache ordinaire* est nettement inférieur à tous ces laits. En dehors du peu de sûreté de sa stérilisation, il est de digestion difficile, lent à s'évacuer. Il semble bien qu'on ne devrait le donner qu'additionné de présure. On a raison de lui préférer les laits industriels.

5° Le *lait homogénéisé concentré non sucré* est celui qui présente l'ensemble de qualités le plus complet et le moins d'inconvénients. Il est peu agressif et pourtant s'élimine vite de l'estomac. Il est d'une haute digestibilité. Ses protéines ont perdu leurs qualités antigéniques. Tout ce que nous savons de sa digestibilité gastrique justifie la faveur qui l'accueille, expliquée en outre par la facilité de son emploi, la possibilité de coupages et de sucrages variés. C'est, pour M. Lévesque, le lait à essayer en premier lieu, chez le nourrisson, quand on le peut.

6° Il faut rappeler enfin que le *végélact*, association de farine de soja et de lait sec, est un bon aliment des estomacs hypersensibles, que le *calcia-lait*, peu azoté, est très utile dans certains cas d'insuffisance gastrique et de dyspepsie du lait de vache, et qu'enfin, dans cette dernière affection, est souvent indiqué de prescrire un régime de restriction lactée avec adjonction de bouillies maltées.

La valeur alimentaire comparée des laits naturel, concentré, sec ou acidifié par l'acide lactique a été étudiée chez des nourrissons normaux de moins de neuf mois par E. Lesné, M. Polonovski, B. Raize et S. Briskas (*Le Nourrisson*, janvier 1943, p. 1), dans une courte et substantielle note. Ils ont utilisé pour ces recherches des laits de même provenance et de même composition initiale, quelle que soit la forme commerciale présentée. Le lait naturel fut toujours enrichi de 2 p. 100 de farine et de 5 p. 100 de sucre pour ramener le plus possible sa composition globale à celle du lait acidifié de même teneur en matière grasse. Ils ont constaté que l'augmentation moyenne hebdomadaire pour une même quantité de chacun des laits a été de 102 grammes pour le lait condensé, 136 pour le lait naturel enrichi de

farine, 154 pour la poudre de lait acidifié sans farine, et 166 pour la même poudre avec farine. Par ailleurs, établissant le bilan des matières grasses, ils ont vu que, quel que soit le lait, l'élimination ne porte que sur 7 p. 100 : on peut donc admettre que *plus le lait est riche en beurre et plus le beurre est retenu dans l'organisme, à condition que le lait soit acidifié.* Sous cette forme, on peut donc faire absorber à l'enfant une quantité de beurre supérieure à celle qu'il tolérerait et assimilerait sous forme de lait naturel.

Ces remarquables qualités du lait sec acidifié additionné de farine sont également mises en lumière par le professeur L. Exchaquet (*Rev. méd. de la Suisse romande*, juillet 1942) et par R. Clément (*Presse médicale*, 5 avril 1943, n° 13, p. 165). L. Exchaquet a utilisé le pélargon orange (lait acidifié) chez plus de 150 nourrissons normaux et plus de 100 nourrissons malades, hospitalisés pour des causes diverses, avec des résultats presque constamment favorables. Il le donne systématiquement entier ; il commence par donner le dixième du poids, puis augmente progressivement jusqu'à 200 grammes par jour sans dépasser 700 grammes, quel que soit le poids de l'enfant. Il le remplace par du lait ordinaire entre cinq et sept mois, quand l'enfant est habitué aux bouillies et purées. Chez le nourrisson malade, on donne d'abord des doses plus faibles : le cinquième ou le tiers du dixième du poids du corps. Les résultats ont été excellents chez les prématurés (sauf au cas de troubles dyspeptiques), chez les sous- ou mal alimentés, dans les vomissements par spasme du pylore, dans certaines dyspepsies, souvent après diète hydrique et babeurre, dans toutes les maladies infectieuses et les anorexies nerveuses. Mais le pélargon ne semble posséder aucun avantage dans les eczémas généralisés, séborrhéiques, opiniâtres, ni dans les eczémas ordinaires. Le mémoire de R. Clément envisage non seulement le lait acidifié par l'acide lactique et citrique, mais encore les laits fermentés sous l'action de bactéries acidogènes, notamment *B. bifidus* et *B. acidophilus*. Il préconise le lait acide chez les débiles et prématurés, dans la dyspepsie du lait de vache, chez les hypotrophiques, les athrepsiques et dans la période de réadaptation alimentaire après les diarrhées infantiles ou les maladies infectieuses.

Le premier résultat de ce régime est la transformation des selles, qui sont jaunes, onctueuses, homogènes ou compactes. Il faut noter aussi l'aspect floride des enfants et l'augmentation rapide de leur poids.

L'importante thèse récente de Mlle Dirand (*Le lait entier acidifié. Son emploi chez le nourrisson sain et le nourrisson malade*, Paris, 1943), inspirée par G. Paisseau, s'appuyant aussi sur les recherches de M. Polonovski, dont nous venons de parler, conclut sans réserve aux avantages du lait entier acidifié, employé en poudre (pélargon orange). Chez le nourrisson sain, il sera donné avec profit à la fois dans l'allaitement mixte comme complément du lait maternel et dans l'allaitement artificiel, particulièrement chez les nouveau-nés qui prospèrent mal avec les autres modes d'allaitement. Ses indications dans les maladies sont très étendues. Chez les hypotrophiques, débiles, prématurés, dont les besoins énergétiques sont considérables, il entraîne sans inconvénient une reprise de poids importante et régulière. Au cours des gastro-entérites aiguës et chroniques, il permet une réalimentation rapide et efficace. On en obtient également les meilleurs résultats chez les vomisseurs et dans les infections.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 19 novembre 1943.

Crises comitiales par hypoglycémie spontanée. — M. HEUYER présente un malade, employé de métro, qui a causé au cours d'une crise comitiale un accident dont il n'a gardé aucun souvenir. Il avait présenté auparavant quelques absences avant le dîner. On pensa à l'hypoglycémie, du fait que tous les accidents survenaient après une fatigue musculaire importante, et avant les repas. De fait, on trouva une glycémie à 0,50 et l'injection d'insuline montra une sensibilité exagérée, 10 unités ayant suffi à abaisser la glycémie à 0,22. Le malade présenta alors un coma suivi de crises épileptiformes. L'ingestion de sucre permet, par contre, au malade de mener une existence normale. Dans ce cas, on a discuté du point de vue pathogénique l'existence d'un hyperinsulinisme, d'un trouble hépatique ou surrénal. L'auteur insiste sur l'intérêt médico-légal de cas de ce genre.

M. FIESSINGER a constaté que l'ingestion du pain actuel n'amène pas de variation sensible du taux de la glycémie, ce qui prouve sa valeur nutritive insuffisante.

M. HUBER a observé deux malades en imminence de syncope, soulagés par l'ingestion de sucre.

Manifestations parotidiennes révélant une maladie de Besnier-Bœck. — MM. AUBRIOT et. G. HENRY (note présentée par M. BARIÉTY) rapportent l'observation d'une femme de trente-neuf ans atteinte depuis trois mois d'une parotidite chronique bilatérale paraissant isolée. Mais on découvrit une légère splénomégalie et deux ganglions épitrochléens. La radiographie pulmonaire révéla une image granulique. La cuti-réaction était négative. La biopsie enfin d'un fragment de parotide mit en évidence de nombreux nodules épithélioïdes sans cellules géantes ni nécrose. Il s'agit, en somme, d'une maladie de B.-B.-S.

Les auteurs attirent l'attention sur les parotidites chroniques à étiologie inconnue. Quelques examens complémentaires aideraient beaucoup au diagnostic de cette affection, qui peut n'être qu'une maladie de B.-B.-S. méconnue.

Traitement des pleurésies cardiaques récidivantes par injections intrapleurales de quinine uréthane. — M. L. LAEDERICH relate plusieurs observations d'épanchements pleuraux récidivants chez des cardiaques dont il a obtenu l'asséchement rapide et définitif par quelques injections intrapleurales de quinine uréthane. Ce traitement mérite d'être appliqué toutes les fois que, chez un sujet en défaillance cardiaque, l'épanchement pleural tend à se reproduire rapidement. Ces injections sont parfaitement tolérées. La réaction pleurale aux premières injections se traduit parfois par une légère poussée thermique à 38° et une reproduction accélérée de l'épanchement, où une éosinophilie considérable apparaît. Après deux à cinq injections répétées à quelques jours d'intervalle, l'épanchement cesse de se reproduire, ce qui rend un service important à ces asystoliques et leur procure souvent une amélioration inespérée.

M. CACHERA demande si l'introduction de produits irritants dans la plèvre a donné lieu à des accidents nerveux.

M. LAEDERICH n'en n'a pas observé, en poussant lentement l'injection, et en prenant soin de diluer un peu le produit dans le liquide restant.

ROGER PLUVINAGE.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — M. Raymond Rougé, père du Dr Paul Rougé (de Paris). — Le Dr Vigne, directeur honoraire du Bureau municipal d'hygiène de Lyon, rédacteur en chef de *L'Avenir médical*. — Le Dr Paul Bourggraff.

MARIAGE. — Le Dr Michel Tabary, fils du Dr Octave Tabary, chevalier de la Légion d'honneur, avec Mlle Andrée Jacquin.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Stanislas Playoust-Duriez font part de la naissance de leur fils, Stéphane. — Le Dr et Mme P. Lance font part de la naissance de leur fils, Philippe. — Le Dr et Mme Jean Piton font part de la naissance de leur fille, Geneviève. — Le Dr et Mme Barot font part de la naissance de leur fils, Jean-Jacques. — Le Dr et Mme Gouffrant font part de la naissance de leur fils, Bernard. — Le Dr et Mme André Boulay font part de la naissance de leur fils, Alain.

SANTÉ PUBLIQUE

Inspection de la Santé. — M. le Dr Marton, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Manche, non installé, a été nommé, en la même qualité, dans le département de la Lozère, en remplacement de M. le Dr Queyssac, non installé, et dont l'arrêté de nomination a été rapporté.

M. le Dr Mutelet, médecin inspecteur adjoint de la Santé du Gard, a été affecté, en la même qualité, dans le département de la Côte-d'Or.

M. le Dr Julie, médecin inspecteur de la Santé de la Gironde, a été affecté, en la même qualité, dans le département de la Savoie.

M. le Dr Beckerich, médecin inspecteur adjoint de la Santé des Pyrénées-Orientales, a été détaché et mis à la disposition du préfet des Pyrénées-Orientales en qualité de directeur du laboratoire départemental de bactériologie et de chimie.

La durée de ce détachement, qui prendra effet du jour de l'installation de l'intéressé dans ses fonctions, est fixée à cinq ans au maximum.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Verhaeghe, agrégé, chargé des fonctions de chef de travaux d'anatomie pathologique, est nommé provisoirement, à compter du 1er mars 1943, chef de travaux d'anatomie pathologique.

Cours complémentaires renouvelés. — Pharmacologie : M. Bizard, agrégé ; Hygiène prénatale et traitement de stérilité : M. Bédrine, agrégé ; Ophtalmologie : M. Morel, agrégé, chef de travaux ; Parasitologie : M. Coutelen, professeur sans chaire ; Physique : M. Choain ; Voies urinaires : M. Macquet, agrégé ; Chirurgie orthopédique : M. Ingelrans, agrégé ; Histologie : M. Morel, agrégé, chef de travaux ; Parasitologie : M. Coutelen, professeur sans chaire ; Déontologie : M. Muller, agrégé ; Stomatologie : M. Soleil, chargé de cours ; Médecine opératoire : M. Decoulx, agrégé ; Chimie analytique : M. Mervelle, chargé des fonctions d'agrégé ; Déontologie : M. Hocqueghem, chargé de cours ; Hydrologie : Mlle Bar, déléguée dans les fonctions de chef de travaux ; Pharmacodynamie : M. Bizard, agrégé ; Pathologie générale : M. Warembourg.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Arloing, professeur de médecine expérimentale et bactériologie, retraité ; Favre, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique, retraité; Morel, professeur de chimie organique et toxicologie, assesseur, retraité ; Patel, professeur de clinique chirurgicale, retraité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — MM. Carrère (bactériologie), Guibal, Mourgue-Molines et Roux (chirurgie) sont prorogés dans leurs fonctions d'agrégés.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Les étudiants de sixième année et les docteurs en médecine qui désirent postuler le diplôme d'hygiène et de médecine sociale, le diplôme d'hygiène industrielle et de médecine du travail et le diplôme de contrôle d'éducation physique et d'inspection médicale des écoles sont priés de s'inscrire immédiatement.

Les cours, travaux pratiques et stages commenceront dans le courant de janvier, et ceux-ci sont obligatoires.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. Girard, professeur titulaire de pathologie interne, est transféré, à compter du 1er octobre 1943, dans la chaire de clinique médicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Petitjean, professeur retraité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Élection.* — M. Joliot a été élu au 2e tour par 43 voix contre 38 à M. Armand-Delille.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre des médecins. Conseils régionaux. — Par arrêté du 30 octobre 1943, les Conseils régionaux de l'Ordre des médecins sont complétés ainsi qu'il suit :

Région de Poitiers. — Membre : Dr Dubois, de Saujon (Charente-Maritime), en remplacement de M. Béraud.

Région de Marseille. — Membre : Dr Camous (Alpes-Maritimes), en remplacement de M. Boulouneix.

Affaires concernant les chirurgiens-dentistes. — Pour toutes les affaires concernant les chirurgiens-dentistes, les Conseils régionaux de l'Ordre des médecins sont complétés ainsi qu'il suit :

Région de Dijon. — Dr Dropet, stomatologiste (Chalon-sur-Saône); MM. Arnal (Dijon), Delétang (Migennes-sur-Yonne), Louis Hœfliger (Besançon).

Région de Rennes. — Dr Schmitt (Hennebont), MM. Clorennec (Quimper), Duprez (Saint-Brieuc) et Louvet (Saint-Malo).

Région de Toulouse. — Dr Nux (Toulouse), MM. Debat (Toulouse, Laborde (Moissac), Louis Plagès (Cahors).

Région de Clermont-Ferrand. — Dr Vigier (Clermont-Ferrand), MM. Alfred Deleage (Yssingeaux), Verger (Montluçon), Tricot (Aurillac).

Région de Marseille. — Dr Grether (Marseille), MM. Pench-Lestrade (Nice), Faragi (Toulon), Alphonse Martin (Nîmes).

Région de Rouen. — Dr Bazin (Dieppe), MM. Jean Adeline (Caen), Louis Pallard (Vernon), Percevault (Cherbourg).

Section des sages-femmes. — Par arrêté du secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille en date du 30 octobre 1943, sont nommés membres de la section des sages-femmes du Conseil national de l'Ordre des médecins :

Professeur Couvelaire (Paris), professeur Fruhinsholz (Nancy), professeur Marc Rivière (Bordeaux), professeur agrégé Le Lorier (Paris).

Et les sages-femmes :

Mme Peclet (Lyon), Mme Valby-Renier (Paris), Mme Bertin-Le Quien (Paris), Mme Pelican (Bourg), Mlle Félix (Le Mans).

Carte de surcharge pour les sages-femmes. — A la suite d'une démarche de la Fédération nationale des groupements corporatifs français, les sages-femmes de la Seine pourront obtenir la carte de surcharge dans les autobus de la région parisienne.

Pour tous renseignements, s'adresser au Groupement corporatif sanitaire français : 2, rue de Penthièvre, Paris (VIIIe).

Retraite des médecins. — Le Secrétariat d'Etat à la Santé communique (10 novembre 1943) :

A la suite d'une erreur, il a été récemment annoncé que le Secrétaire d'Etat à la Santé aurait été saisi d'un projet de loi organisant la retraite des médecins. Cette information est inexacte, le seul projet établi ayant été remis par le Dr Grasset lui-même au Conseil de l'Ordre des médecins le jour de son installation ; le Conseil de l'Ordre en délibère à l'heure actuelle.

COURS ET CONFÉRENCES

Conférences d'actualités de biochimie médicale du cours de perfectionnement 1943-44.

15 *Décembre.* — M. le professeur A. Boivin : Le métabolisme azoté des bactéries.

22 *Décembre.* — M. le Dr J. Cheymol : Histamine et les anti-histaminiques de synthèse.

5 *Janvier* 1944. — M. le professeur Ch. Sannié : Les mélanines.

12 *Janvier.* — M. le professeur P. Boulanger : Données chimiques récentes dans le domaine de l'hérédité, de la sexualité et du développement.

19 *Janvier.* — P. le professeur M. Polonovski : De l'hémoglobine à la bilirubine.

26 *Janvier.* — M. le professeur J. Roche : Les protéines du sérum.

7 *Février.* — M. le professeur H. Bénard : L'action biochimique de l'insuline.

9 *Février.* — M. le professeur G. Florence : La spectroscopie en biochimie.

16 *Février.* — M. le professeur M. Machebœuf : Biochimie des cénapses lipido-protéiques.

23 *Février.* — M. J. Tréfouel, directeur de l'Institut Pasteur : Sulfamides et antisulfamides.

Ces conférences auront lieu chaque mercredi, à 18 heures, à l'amphithéâtre du Service de biochimie médicale de la Faculté de médecine (professeur M. Polonovski).

NOUVELLES DIVERSES

Centre d'information des services médicaux. — Le Centre d'information des services médicaux d'entreprises et inter-entreprises tiendra une réunion d'étude le mardi 14 décembre, à 16 heures, 31, rue Guyot, Paris (XVIIe), au cours de laquelle seront exposés et discutés les sujets suivants :

Répercussions sociales et médicales du travail féminin à l'usine.

Les tests d'alerte au service de la médecine d'entreprise.

Les personnes qui désirent assister à cette réunion peuvent se procurer des cartes d'invitation au siège du Centre, 31, rue Guyot, à Paris (XVIIe).

NÉCROLOGIE

Le professeur Émile MARCHOUX

(1862-1943)

Le professeur Marchoux, qui vient de disparaître, appartient à cette génération de médecins coloniaux qui, les premiers, appliquèrent à l'étude des maladies des pays chauds les méthodes qui avaient permis à Pasteur d'apporter tant de lumière à l'étiologie de nombre de maladies humaines et animales des régions tempérées.

Né à Saint-Amand-de-Boixe (Charente), le 24 mars 1862, M. Marchoux a succombé à Paris, le 19 août 1943.

Il fit ses études médicales à Paris, il fut reçu externe des hôpitaux, il entra au concours dans le Corps des médecins de la marine et opta pour le Corps de santé colonial à sa création. En 1905, il entra dans les cadres de l'Institut Pasteur comme chef de service de microbiologie tropicale.

En qualité de médecin de la marine et des colonies, il alla servir d'abord au Dahomey, puis en Cochinchine.

En mai 1893, il se présenta à l'Institut Pasteur pour s'initier à la science nouvelle. Il fut reçu par le Maître lui-même, heureux d'accueillir de jeunes médecins désireux d'aller entreprendre sur place l'étude des maladies exotiques, que son âge et son état de santé ne lui permettaient pas d'aborder lui-même.

Après avoir suivi les leçons magistrales d'Émile Roux, M. Marchoux fut admis dans son laboratoire, où il étudia l'infection charbonneuse. Il eut le mérite de découvrir le premier sérum antimicrobien : le sérum anticharbonneux, qui ne possède qu'un faible pouvoir préventif, mais qui, par contre, est doué de propriétés curatives remarquables qui en imposent l'emploi dans le traitement des affections charbonneuses de l'homme et des animaux.

A la fin de son stage, M. Marchoux fut chargé, en février 1896 d'aller créer, à Saint-Louis-du-Sénégal, le premier laboratoire africain de microbiologie. C'était le second laboratoire colonial, le premier avait été fondé par Albert Calmette, en 1891, à Saïgon.

M. Marchoux s'attaqua d'abord à l'étude du paludisme, la redoutable endémie des régions tropicales. Il fit une étude complète du parasite et il montra que son cycle schizogonique se termine dans les fins capillaires des organes internes et notamment dans le cerveau, où l'accumulation des hématozoaires détermine les accès pernicieux.

A l'occasion d'une épidémie de dysenterie qui sévit en juillet 1898, à Saint-Louis-du-Sénégal, sur les troupes de la garnison, le premier il réussit à provoquer chez le jeune chat, par l'inoculation rectale de selles humaines mucosanguinolentes, une dysenterie typique. Il constata des abcès hépatiques amibiens chez quelques animaux. Il montra que l'amibe ne résistait pas à un chauffage à 45°. Ainsi, à une époque où le rôle pathogène de l'amibe dans les dysenteries des pays chauds était encore contesté, il apportait une preuve indiscutable de sa nocivité.

Au Sénégal, la fièvre typhoïde est exceptionnelle ; par contre, les paratyphoïdes y sont fréquentes. M. Marchoux, le premier, eut l'idée de recourir à l'hémoculture pour le diagnostic de ces infections. Jusqu'à lui, elles étaient qualifiées de fièvres rémittentes palustres et étaient traitées par la quinine.

Au Sénégal, M. Marchoux montra le rôle considérable, jusqu'à lui insoupçonné, que joue le pneumocoque dans la pathologie de la race noire. La pneumococcie prend chaque année, au printemps, l'allure d'un fléau pour les indigènes.

Après un séjour fructueux au Sénégal, et nous laissons de côté les recherches qu'il fit sur divers sujets : piroplasmose canine, moustiques, qualité des eaux de boisson de Saint-Louis, de Dakar et de Rufisque, M. Marchoux rentra en France, en août 1899.

L'année suivante, en avril 1900, une sévère épidémie de fièvre jaune, qui se prolonge jusqu'en février 1901, éclata au Sénégal. M. Marchoux y vint en mission, avec le médecin inspecteur Grall, pour dresser un plan de travaux en vue de l'assainissement de la colonie.

A ce moment, une retentissante communication faisait connaître au monde savant qu'une mission américaine, travaillant à La Havane, avait démontré que le virus de la fièvre jaune existait dans le sang des malades et qu'il était transmis du malade à l'homme sain par l'intermédiaire d'un moustique particulier : Culex mosquito (= *Stegomyia fasciata*). Il n'est que juste de rappeler que ces constatations n'étaient que la confirmation éclatante des travaux ignorés ou méconnus d'un médecin cubain : Carlos Finlay.

Le ministre des Colonies, d'accord avec l'Institut Pasteur, décida d'envoyer une mission française à Rio-de-Janeiro, pour y étudier la fièvre jaune qui y sévissait. Trois Pastoriens furent désignés pour en faire partie : M. Marchoux, avec ses collègues A. Salimbeni et P. Simond. Les membres de la mission confirmèrent les résultats annoncés par la mission américaine et apportèrent des notions nouvelles. Ils démontrèrent que le sang n'est plus virulent à partir du quatrième jour de la maladie. Ils étudièrent encore le pouvoir préventif et curatif du sérum de malades et de convalescents, à l'état frais, après chauffage à diverses températures et après filtration sur bougie Berkefeld.

En même temps, ils firent des observations sur la biologie des *Stegomyia* et leur comportement dans la nature. Finalement, ils organisèrent une prophylaxie rationnelle contre la fièvre jaune basée sur la lutte antistégomyienne. Ils réussirent ainsi à débarrasser Rio du redoutable fléau.

C'est au retour de sa misson au Brésil que M. Marchoux se fixa définitivement à Paris. Il s'installa dans le pavillon colonial, à côté de Laveran et de Félix Mesnil. C'est là, désormais, qu'il travailla pendant plus de trente ans. Il ne nous est pas possible de passer en revue toutes les questions qu'il étudia. Nous n'en retiendrons que deux, auxquelles il s'est particulièrement attaché : la spirochétose des poules et la lèpre.

C'est du Brésil, où il en avait commencé l'étude avee A. Salimbeni, qu'il rapporta à Paris l'agent de la maladie des poules : *Spirochæta gallinarum*, transmis de poule malade à poule saine par une tique : *Argas persicus*. Ce qui fait l'intérêt de cette spirochétose des poules, c'est qu'elle s'apparente avec les spirochétoses des récurrentes humaines à tiques, dont l'une sévit sur les Noirs de l'Afrique équatoriale et que l'on connaît aujourd'hui sous le nom de « Tick Fever », dont le parasite, *Spirochæa duttoni*, est transmis par une tique : *Ornithodorus motu bata*.

Mais la lèpre fut le sujet de prédilection de M. Marchoux, et il acquit sur ce sujet une autorité incontestée. Devant les difficultés que présente l'étude expérimentale de la lèpre humaine, il eut l'idée de s'adresser à la lèpre murine, ou maladie de Stefansky, qui, par plus d'un point, offre de grandes ressemblances avec la maladie de Hansen.

De l'étude comparative des deux maladies, il arriva à la conviction que la lèpre humaine, dont l'évolution est excessivement lente, est moins à redouter que la tuberculose, et que tous les lépreux ne doivent pas être soumis aux mêmes règles. Les lépreux non contagieux doivent avoir la liberté de rester chez eux, avec la seule obligation de se faire soigner. Quant aux lépreux contagieux, les invalides doivent être hospitalisés puisque incapables de gagner leur vie ; les autres pouvant travailler doivent être rassemblés selon leur race dans des villages où ils pourront vivre selon leurs coutumes.

A cette thèse se sont ralliés les léprologues réunis au *Congrès international de la lèpre*, tenu à Strasbourg, en 1923. En 1938, M. Marchoux fut appelé à la présidence du *Congrès international de la lèpre*, au Caire, à la suite duquel il fut élu président de l'*Association internationale de la lèpre*.

Enfin, sous son inspiration, un *Institut central de la lèpre* fut édifié à Bamako, capitale du Soudan français, pour l'étude des questions relatives à la lèpre et pour le traitement des lépreux.

Tout au long de sa carrière, M. Marchoux s'intéressa toujours à l'étude et à la prophylaxie du paludisme. Il fit ou dirigea des enquêtes dans les régions de notre pays où la maladie existe encore : les Dombes, la Camargue, la Corse. Il écrivit, pour le *Traité de pathologie exotique de Grall et Clarac* et pour le *Traité de médecine de Gilbert et Carnot*, deux articles remarquables sur le paludisme, qui constituent de véritables monographies sur cette maladie.

L'œuvre de M. Marchoux comme hygiéniste est des plus importantes. Il faisait partie du *Conseil supérieur d'hygiène*. Il avait été nommé *membre expert pour le paludisme dans la Section d'hygiène de la Société des Nations*. Il apporta sa collaboration au *Traité d'hygiène de Chantemesse et Mosny*, avec des articles très documentés sur l'hygiène des Européens et des Indigènes dans les pays chauds.

En 1943, il fut président du *Premier Congrès international d'hygiène méditerranéenne*, tenu à Marseille, où étaient réunis les délégués de toutes les nations riveraines de la Méditerranée.

Il est deux œuvres auxquelles M. Marchoux a donné tous ses soins : la *Société de l'hygiène par l'exemple*, dont le but est d'inculquer à l'enfant, dès l'école, des notions de

propreté et d'hygiène élémentaire. La seconde est la *Fondation Emile-Roux*, qui accorde des bourses aux jeunes gens qui se sentent doués pour la recherche scientifique et qui ont ainsi la possibilité de se révéler.

M. Marchoux avait été élu *membre de l'Académie de médecine* en 1925. Il était *membre de la Société de biologie*, il avait été *président de la Société de pathologie exotique*, de la *Société d'hygiène publique et de génie sanitaire* et de l'*Académie des sciences coloniales*.

Il était *grand officier de la Légion d'honneur*.

Lorsqu'en 1937 M. Marchoux vint à Dakar pour inaugurer les nouveaux laboratoires de l'*Institut Pasteur de l'Afrique-Occidentale française*, il put constater que, si le petit laboratoire de l'hôpital de Saint-Louis avait grandi, les conditions d'existence des Européens et des Indigènes s'étaient remarquablement améliorées depuis 1896.

A cette époque, quand il aborda les rives du Sénégal, il arrivait dans une région inhospitalière, où les habitants étaient sous la lourde et constante menace du *Vomito negro*.

En 1937, la fièvre jaune était enfin vaincue par une vaccination dont les principes étaient en germe dans l'œuvre même de Pasteur. M. Marchoux était au nombre des artisans dont la collaboration avait abouti à cette magnifique victoire sur une maladie qui était la terreur des Européens. Pionnier pastorien de la première heure, M. Marchoux contribua pour une large part à la prospérité de ce splendide empire d'outre-mer que la France doit au génie de ses enfants.

Dr Constant Mathis,

Ancien directeur de l'Institut Pasteur de l'Afrique-Occidentale française,
Correspondant national de l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 novembre 1943.

Rapports. — M. Lesné, au nom de la Commission du Lait lit un rapport sur le lait actinisé. La commission ne considère pas ce lait comme un aliment, mais comme un médicament. Il ne devra donc être délivré que sur une ordonnance médicale.

M. Fabre, au nom de la Commission des Toxiques, lit un rapport sur l'emploi d'arsenic métalloïdique dans les produits destinés à tuer les mouches.

Hérédo-dégénérescence spino-cérébelleuse. — MM. Guillain et Grossiord apportent une communication sur une maladie familiale montrant la transition entre la maladie de Friedreich, l'hérédo-ataxie cérébelleuse et la paraplégie spasmodique familiale : l'hérédo-dégénérescence spino-cérébelleuse.

Les sels de thallium comme raticides. — M. Danzel. — Présentation par M. Perrot.

Élection. — MM. Carrière (de Lille) et Favre (de Lyon) sont élus correspondants nationaux dans la 1re division (médecine).

Séance du 16 novembre 1943.

Notice. — M. Ramon donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Marchoux.

La lutte contre les rats. — M. Perrot attire de nouveau l'attention sur les substances toxiques que la lutte contre les ennemis ou rongeurs de l'agriculture répand de plus en plus dans le public, augmentant sans cesse les chances d'empoisonnement.

Aucune des prescriptions législatives ne sont suivies. Les insecticides et les poisons destinés à détruire les animaux nuisibles ne sont pas des médicaments et leur préparation comme leur distribution doivent être régies par un statut spécial :

1° La dénaturation des substances toxiques doit incomber à l'industrie productive ;

2° La préparation des ingrédients sous la forme destinée au public, comme pour les spécialités pharmaceutiques, ne devrait être faite que sous le couvert du diplôme de pharmacien et soumise au contrôle des inspecteurs en pharmacie ; ces préparations entreposées par des non-pharmaciens, des marchands de produits chimiques, négociants spécialisés, coopératives agricoles, on devrait exiger de ceux-ci une licence spéciale les soumettant à un certain contrôle en vue de loger ces ingrédients dans des salles ou armoires fermées, sans aucune promiscuité avec les denrées alimentaires destinées à l'homme ou aux animaux domestiques.

Rapport. — M. Rist lit un rapport sur les travaux concernant la lutte antituberculeuse pendant l'année 1943.

Influence de l'ingestion de levures sur le taux du glutathion sanguin. — M. Binet et Mlle Bonnet.

Eczéma solaire. Le problème de la diffusion dans les régions non isolées. — MM. Gougerot et de Gracianski.

Élection. — M. Hermann (de Lyon) est élu correspondant national dans la 4e division (sciences biologiques).

Séance du 23 novembre 1943.

Rapport sur les maladies infectieuses et contagieuses en France en 1942. — M. Tanon. — La situation sanitaire reste bonne dans l'ensemble, malgré une augmentation de la fièvre typhoïde et de la diphtérie. La plupart des autres maladies ont diminué, en particulier la méningite cérébro-spinale, la poliomyélite, la mélitococcie, laquelle ne s'est maintenue que dans les départements du Midi, la Corse, mais elle semble s'étendre dans la région pyrénéenne à cause de l'abatage clandestin des bovidés et des caprins.

La variole reste rare, malgré 57 cas à Paris dus à une importation. Pour le typhus exanthématique, on ne relate que 15 cas à Paris et dans les départements, chez des malades arrivés récemment du Maroc ; il n'y a pas eu d'extension.

Pour la fièvre typhoïde, l'augmentation est assez régulière depuis l'année dernière, mais les formes à Eberth sont devenues proportionnellement moins fréquentes et les formes à para B plus nombreuses. Elle a sévi surtout dans les centres urbains. La cause de cette recrudescence est la consommation des légumes crus insuffisamment lavés.

La diphtérie n'a fait que continuer l'ascension qu'elle avait accusée l'année dernière.

Des recommandations sont faites pour que les vaccinations antidiphtériques soient multipliées.

Rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France, pendant l'année 1942. — M. H. Bénard.

Le mal de Pott cervical mélitococcique. — MM. L. Rimbaud, P. Lamarque et H. Serre (Montpellier). — Présentation par M. Lereboullet. — Le mal de Pott mélitococcique, décrit en 1933 par deux des auteurs, d'abord vivement discuté, a acquis droit de cité dans la pathologie articulaire. Il s'agit ici de deux observations d'ostéo-arthrite cervicale, localisation exceptionnelle dans la brucellose. Les analogies cliniques et radiologiques avec la tuberculose vertébrale sont telles que la confusion est inévitable si les notions étiologiques et les nuances symptomatiques signalées dans cette étude ne viennent, associées aux données de laboratoire, préciser la nature de la maladie.

Dans la mélitococcie, la guérison est alors facilement acquise sans ankylose par le traitement anti-infectieux aidé d'une courte immobilisation.

Les applications biologiques des radio-éléments artificiels. — M. Joliot.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 26 novembre 1943.

Sur un cas de chloromyélose. — MM. N. Fiessinger, R. Tiffeneau, C.-M. Laur et V. Deprez rapportent l'histoire d'un cancer vert d'Aran, ou chloromyélose, ayant débuté par un syndrome hémorragique avec anémie profonde et formule sanguine d'aleucie avec hypogranulocytose. Puis survint un syndrome fébrile anémique avec angine ulcéro-nécrotique, leucocytose atteignant 27 000 et myélocytose sanguine atteignant 82 p. 100. Dans les dernières heures apparut un ictère généralisé. L'autopsie montra, en l'absence de toute tuméfaction périostée, que la moelle osseuse était colorée en vert-pistache. Il s'agissait d'un chlorome. Cette couleur n'était due ni à de la bilirubine ni à une porphyrine. L'autopsie montra en outre des lésions d'atrophie rouge aiguë du foie, et prolifération médullaire du système myélocytaire avec diffusion dans la rate, et à un degré moindre dans le foie et les poumons.

Ces chloromyéloses sans tuméfaction périostée sont rares, et les auteurs signalent aussi dans quelques observations étrangères le début par un syndrome d'aleucie hémorragique. L'étude anatomique oppose ces faits aux leucémies plus diffusées et plus extensives et les rapproche des sarcomes osseux. Le taux élevé d'haptoglobine, dans ce cas, plaide en faveur de cette manière de voir.

M. Ravina a vu un chlorome chez un enfant débuter par un état leucémique.

M. Cathala rappelle que la couche des leucocytes lors des sédimentations de sang leucémique a parfois une coloration verte.

M. Lemierre a observé un malade présentant une formule sanguine de leucémie aiguë et des tumeurs de la fosse temporale faisant penser à un chlorome.

M. J. Lereboullet pense que l'on peut rapprocher ce cas de la myélomatose recalcifiante.

M. Fiessinger souligne que dans les chloromyéloses on peut rencontrer deux groupes : l'un avec myélocytose, l'autre avec cellules souches.

Polynévrite apiolique ascendante rapidement mortelle. — M. P. Léchelle présente l'observation d'une femme atteinte d'intoxication aiguë par l'apiol. Cinq jours après l'ingestion du toxique débuta une polynévrite ascendante à évolution suraiguë, qui amena la mort en cinq jours par syndrome bulbaire. Aucun trouble hépatique ou rénal ne fut constaté. L'étude chimique du produit utilisé le montra exempt de tri-ortho-crésylphosphate. L'auteur discute le rôle de l'apiol dans l'intoxication et envisage la part prise dans celle-ci par des composés méthyliques associés à l'apiol et à la myristicine.

M. Flandin pense que l'on peut incriminer les dérivés méthyliques.

M. Lereboullet demande pourquoi on continue à fabriquer librement de l'apiol.

Leptospirose ictéro-hémorragique mortelle par morsure de rat. — MM. Fiessinger, J. Salet, J. Meyer et R. Erfmann rapportent un cas d'ictère grave spirochétosique par morsure de rat. Dix jours après la morsure apparut brutalement un épisode fébrile avec myalgies, injection conjonctivale, signes méningés discrets. Le troisième jour, la tension tombe à 37°, alors que l'ictère apparaît et que l'anurie s'installe. On note, en outre, un syndrome hémorragique fruste. L'azotémie atteint 6gr,60 la veille de la mort. L'évolution n'a pas duré en tout neuf jours. A l'autopsie, prédominance des lésions hépatiques et rénales, réalisant un tableau typique d'hépatonéphrite. Deux séro-diagnostics étaient fortement positifs au delà du dix millième pour *Leptospira ictérohemorragie.*

M. Fiessinger insiste sur la durée de l'incubation, qui fut la même chez l'homme que chez l'animal de laboratoire.

Manie grave. Échec de l'électrochoc. Succès de l'insulinothérapie. — MM. J. Delay et P. Neveu présentent une jeune fille de vingt-deux ans traitée pour une manie grave, avec signes de dissociation mentale ayant fait redouter une évolution vers la schizophrénie. Un traitement par l'électrochoc n'amenait qu'une guérison temporaire après chaque séance. L'électro-encéphalogramme ayant révélé au bout d'une dizaine de séances l'apparition d'ondes lentes, traduisant la souffrance cérébrale, les auteurs suspendirent le traitement et eurent recours à l'insulinothérapie. Au bout de 16 comas (1 345 unités d'insuline) la malade sortit guérie de l'hôpital. Il est des psychoses dans lesquelles l'insulinothérapie est irremplaçable, et il est regrettable que, dans la répartition de l'insuline, il n'en ait pas été tenu compte.

M. Cathala ayant demandé si le coma insulinique modifiait l'EEG, M. Delay répondit que les modifications observées sont généralement transitoires mais non durables, comme celles dues à l'électrochoc et au cardiazol.

M. Perrault vit apparaître une crise épileptique chez un malade traité par électrochoc.

M. de Sèze a vu des crises typiques comitiales chez des malades traités par électrochoc et qui ne présentaient auparavant que des absences.

M. Delay estime qu'il ne faut pas dépasser douze séances d'électrochoc. Après un traitement trop prolongé, il peut s'installer des modifications importantes de l'EEG.

A propos d'une image radiologique chez une malade présentant une ectasie extériorisée. — MM. Ravina, G. Morin, Y. Pécher et J. Dacournau présentent une femme de soixante-cinq ans, porteuse d'une ectasie extériorisée. Les clichés radiographiques montrent

l'existence d'une opacification linéaire, entourant l'ectasie et délimitant un large espace ovalaire, sur la partie antérieure et droite de l'ombre cardiaque. Il semble s'agir d'un anévrisme du sinus de Valsalva, associé à une péricardite calcifiante.

Leucose aiguë à plasmocytes. — M. M. Lamy rapporte un cas de leucose aiguë observé chez une femme de trente-trois ans. Une fièvre élevée, une anémie sévère, des adénopathies importantes, une augmentation considérable du foie et de la rate, un épanchement pleural, tels furent les signes principaux d'une maladie qui évolua en six mois vers la mort. Le nombre des leucocytes dans le sang avait atteint 25 000 et la proportion des plasmocytes 37 p. 100. L'examen cytologique du liquide pleural, de la moelle osseuse, du suc ganglionnaire et splénique avait montré une plasmocytose diffuse. De tels faits sont très exceptionnels, mais leur autonomie paraît bien démontrée. Il semble que l'on puisse séparer entièrement le myélome et la leucémie à plasmocytes, bien que l'on puisse parfois rencontrer chez des malades atteints de leucémie plasmocytaire un syndrome humoral fait d'hyperglobulinémie et de protéinurie de Bence-Jones ; mais ce fait tend seulement à prouver que le plasmocyte joue un rôle dans l'élaboration des globulines.

Ictère catarrhal aggravé. Étude du coma terminal. — MM. J. Decourt, J. Guillemin et R. Gobin rapportent un cas d'ictère apyrétique dont l'allure était celle d'un ictère catarrhal banal, lorsque apparurent brusquement une somnolence, bientôt suivie de coma et des hémorragies, en même temps que le volume du foie subissait une régression rapide. A l'autopsie, la glande ne pesait plus que 700 grammes et présentait des lésions de nécrose massive. L'étude biologique montra que trois facteurs associés concouraient à la production du coma : l'intoxication polypeptidémique, sans augmentation de l'urée sanguine, l'hypoglycémie (0,56) et l'acidose (31 vol.), sans cétose. Il semblait donc s'agir d'un coma hépatique pur, mais chacun des facteurs fournissait sa note particulière au tableau clinique. Le cholestérol sanguin était abaissé, mais, par contre, la cholémie et la bilirubinémie restaient élevées, à cause sans doute de la rapidité avec laquelle s'était constituée l'insuffisance hépatique terminale.

M. N. Fiessinger rappelle que, chez l'animal hépatectomisé, on note un coma avec hypoglycémie, qui disparaît si l'on donne du sucre. Mais le taux des polypeptides demeure le même.

M. Decourt, par l'administration de sucre et de bicarbonate, n'a obtenu aucun résultat.

Roger Pluvinage.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 novembre 1943.

Étude comparée des divers constituants nerveux encéphaliques au point de vue thrombocinétique. — MM. I. Bertrand et D. Quivy comparent l'activité thromboplastique des divers constituants nerveux encéphaliques. Par rapport à l'extrait total du cerveau, la substance blanche ne présente qu'une efficacité minime, la substance grise, par contre, étant infiniment plus active. L'examen des substances grises provenant des différents lobes n'a permis aucune discrimination régionale. Quant aux noyaux gris et aux lamelles cérébelleuses, dont la teneur élevée en substance grise est manifeste, leur activité ne dépasse guère celle de l'extrait total de cerveau.

Chronaximétrie viscérale « in vitro » et « in vivo ». — Mme B. Chauchard et M. P. Chauchard montrent que la technique des organes isolés (intestin ou corne utérine) place l'organe, en le mutilant et le privant de sa vascularisation, dans des conditions physiologiques défectueuses. En effet, les chronaxies se chiffrent alors en secondes, tandis que, mesurées sur l'organe en place, elles ne sont plus que de l'ordre du millième de seconde pour l'utérus non gravide, du centième de seconde pour l'intestin. La technique d'observation de l'organe intact dans l'organisme est donc préférable.

La sensibilité à l'insuline du pigeon normal et en avitaminose B totale (appréciation chronaximétrique). — Mmes B. Chauchard et H. Mazoué, MM. P. Chauchard

(Suite page V.)

et RAOUL LECOQ, observant l'évolution chronaximétrique après administration d'une même dose d'insuline, concluent que cette hormone est plus active que normalement dans la première phase de l'avitaminose (stade d'augmentation des chronaxies), et moins active dans la seconde (stade de diminution). Ces variations de sensibilité sont liées au niveau de la glycémie diminuée en première phase et augmentée dans la seconde.

Inhibition par la novocaïne de l'apnée acétylcholinique chez le lapin.— M. R. HAZARD. — Chez le lapin anesthésié par le somnifène, la novocaïne peut atténuer ou supprimer presque complètement l'action apnéisante de l'acétylcholine.

Étude spectrale dans l'ultra-violet du sérum des syphilitiques. — MM. J. GADRAT, R. GARLET, M. PATRY n'ont relevé aucune différence notable entre le spectre du sérum normal et celui du sérum des syphilitiques en période secondaire. Ils n'ont pas retrouvé le déplacement vers les courtes longueurs d'onde signalé par Païc, mais ont constaté une absorption nettement plus forte avec les sérums des syphilitiques.

Élection. — M. SANTENOISE est élu membre titulaire.

Sur le mécanisme de l'épilepsie expérimentale. — MM. JEAN-LOUIS PARROT et J. LEFEBVRE supposent que l'excitant électrique libère dans l'écorce cérébrale une substance, telle que l'acétylcholine, capable d'agir sur les cellules corticales. La libération, la diffusion, l'épuisement de la substance rendraient compte, dans cette hypothèse, de la longueur du temps de latence, de l'extension des convulsions même après la fin de l'excitation et de la phase réfractaire.

Ils provoquent chez le chien des crises épileptiques par de fortes excitations électriques et, éprouvant le sang veineux cérébral de l'animal sur le muscle dorsal de sangsue, ils voient apparaître, à la suite de la crise, une activité de type acétylcholinique transitoire qui, d'une expérience à l'autre, varie à peu près comme l'importance des convulsions.

Étude volumétrique du plasma et des liquides interstitiels chez les opérés. — MM. R. SOUPAULT, R. CACHERA et M[lle] WINIK ont étudié les troubles de l'équilibre hydrique consécutifs aux interventions chirurgicales courantes. Ils ont employé, à cet effet, l'épreuve jumelée au rhodanate de sodium et au bleu Chicago. Chez 13 opérés, cette épreuve a montré : 1° une diminution constante du volume plasmatique ; celle-ci, très variable selon les sujets et les interventions, a été en moyenne de 501 centimètres cubes, soit une réduction de 13,7 p. 100 ; 2° une augmentation des liquides interstitiels atteignant, en moyenne, 1 667 centimètres cubes, soit une augmentation de 19,4 p. 100 ; 3° l'inflation interstitielle dépassant en importance la déflation plasmatique, le volume des liquides extra-cellulaires augmente ; 4° comme tout apport liquide extrinsèque a été supprimé pendant la durée de l'exploration, cette inflation extra-cellulaire ne peut provenir que de l'eau intracellulaire ; 5° il existe, en outre, une perte de poids constante et importante chez les opérés ; survenant en vingt-quatre heures, elle correspond pour une très grande part à une déperdition d'eau. Finalement, il apparaît donc que les liquides intracellulaires subissent une perte qui est égale au gain des liquides extra-cellulaires augmenté des sorties d'eau de l'organisme.



Séance du 27 novembre 1943.

Dissociation expérimentale par l'électrochoc du syndrome humoral de l'épilepsie convulsive et de l'absence épileptique. — MM. Jean Delay et A. Soulairac mettent en évidence les différences importantes existant entre le syndrome humoral de la crise convulsive par électrochoc, fait d'hyperglycémie, d'hyperprotidémie, d'acidose, d'hyperleucocytose sans modification des monocytes, et le syndrome humoral de l'absence épileptique par électrochoc, fait d'hyperglycémie, de légère hypoprotidémie, d'alcalose, d'augmentation des monocytes sans hyperleucocytose notable.

L'hyperglycémie se produit donc aussi bien dans l'absence que dans la convulsion, et les auteurs la rapprochent du syndrome sympathique de l'électrochoc, qui peut être expérimentalement reproduit, y compris l'hyperglycémie, par excitation électrique de l'hypothalamus.

Étude histologique de la réaction inflammatoire provoquée lors de l'immunisation antitoxique « concentrée ». — M. A. Delaunay. — Cette réaction présente l'aspect d'une inflammation aiguë parfaitement typique dans ses divers aspects évolutifs ; elle ressemble à celle qui est provoquée par l'injection de staphylocoques vivants sous la peau de lapins neufs. Elle ne relève pas directement des traces de toxine que renferme le liquide injecté ; elle paraît due tout entière aux perturbations cellulaires graves que provoquent les injections répétées. Les réactions entraînées dans la peau par certaines substances adjuvantes de l'immunité (G. Ramon) sont d'un type voisin.

(A suivre.)

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Marcel Berthoumeau, médecin chef de l'Asile national des convalescents, chevalier de la Légion d'honneur. — Le Dr Lucien Lamy, médecin de l'hôpital de la Croix-Rouge.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Louis Le Coniat font part de la naissance de leur fille, Bénédicte. — Le Dr et Mme André Lugez de Baillencourt font part de la naissance de leur fils, Jean-Louis. — Le Dr et Mme Maurice Férial font part de la naissance de leur fils, Jean-Louis.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Il est rappelé à MM. les Étudiants que les consignations pour les examens de fin d'année doivent être faites du 3 au 15 janvier 1944.

MM. les Étudiants français qui seraient encore en instance d'exonération de droits scolaires, au titre des familles nombreuses, sont également tenus de s'inscrire à leur examen, dans les mêmes délais, mais à titre provisoire.

Ils n'acquitteront les droits d'examen que lorsqu'il aura été statué sur leur demande d'exonération.

Étudiants de première année. — En application de la circulaire ministérielle du 25 novembre dernier, MM. les Étudiants de première année qui ont régulièrement accompli, en 1942-1943, toute la scolarité afférente à cette année et qui n'ont pu, pour cause de maladie dûment justifiée, subir l'examen-concours les 7 et 8 juin 1943 sont informés qu'une session exceptionnelle d'examen-concours aura lieu en leur faveur, aux dates indiquées ci-après :

Écrit. — Anatomie : 10 janvier à 9 heures (bibliothèque).
Physiologie : 10 janvier à 10 heures (bibliothèque).
Histologie : 10 janvier à 11 heures (bibliothèque).
Chimie : 11 janvier à 9 heures (bibliothèque).
Physique : 11 janvier à 10 heures (bibliothèque).
Oral. — 17 janvier à 13 h. 45 (Faculté).
19 janvier à 13 h. 45 (Faculté).
18 janvier à 13 h. 45 (laboratoire).
20 janvier à 13 h. 45 (laboratoire).
21 janvier à 13 h. 45 (laboratoire).

Les examens des stages cliniques auront lieu dans les services où le stage a été accompli et commenceront le 17 janvier.

Les convocations pour les écrits seront retirées au secrétariat de la Faculté (guichet I), *le 8 janvier*, de midi à 15 heures.

Liste des prix décernés (*suite*). — II. — Bourses destinées à venir en aide à des étudiants méritants et peu fortunés régulièrement inscrits pour l'année scolaire 1943-44.

LANNELONGUE (450 francs). — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

MALTERRE. — Aide à un ou plusieurs étudiants français méritants ou sans fortune (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

MARJOLIN (4 000 francs). — Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude, ayant recueilli avec soin les observations dans leur service. Joindre à la demande les certificats des chefs de service (inscription jusqu'au 31 décembre 1943).

DE ROTHSCHILD (2 200 francs). — Bourses à deux étudiants de préférence israélites (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

SERGE-HENRY SALLE (500 francs). — Achats d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales qui seront attribués à un externe de la Charité (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

Prix SEGOND (5 000 francs). — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves qui préparent le concours d'adjuvat ou qui ont obtenu le titre d'aide d'anatomie (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

DE TRÉMONT (2 000 francs). — Bourse à un étudiant méritant et sans fortune (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

VÉRET (400 francs). — Bourse à un étudiant méritant et sans fortune (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

VRAIN (2 000 francs). — Aide à un étudiant, fils de médecin ou d'instituteur de préférence, préparant l'internat et digne d'intérêt (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

III. — *Bourses municipales.*

Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés. Elles sont réservées, en principe, aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an, au moins

Les candidats doivent être nés soit à Paris, soit dans le département de la Seine, où les parents doivent y être domiciliés depuis cinq ans au moins au 1er octobre 1943.

Les demandes établies sur papier timbré à 6 francs (sauf pour les pupilles de la Nation) et accompagnées soit du travail ou de l'appareil à récompenser, soit pour les bourses destinées à venir en aide aux étudiants d'un état de situation de fortune certifié, devront parvenir à M. le Doyen, au plus tard, aux dates mentionnées ci-dessus.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté, de 16 à 17 heures (bureau du secrétaire adjoint), les lundis et mercredis de chaque semaine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Sont nommés pour l'année scolaire 1943-1944 :

Chefs de clinique. — Clinique psychiatrique : Dr Guilbert ; clinique obstétricale : Dr Poiteau ; clinique médicale « La Charité » : M. Linquette ; clinique ophtalmologique : M. Dehorter.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Creyssel, agrégé de chirurgie, est provisoirement chargé du service de la chaire de clinique obstétricale (M. Patel, retraité).

M. Josserand, agrégé, chargé d'enseignement, est chargé du service de la chaire de médecine légale et bactériologie (M. Arloing, retraité).

M. Chambon, professeur sans chaire, est chargé provisoirement du service de la chaire de chimie organique et toxicologie (M. Motel, retraité). M. Perrot, assistant, est délégué chef de travaux de la même chaire.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'assistant en médecine des hôpitaux de Paris. — Liste des membres du jury par ordre de tirage au sort : MM. les Drs Laignel-Lavastine, Courcoux, Baudouin, médecins honoraires ; Hillemand, Chabrol, Stévenin, médecins des hôpitaux ; Oberlin, chirurgien.

Concours spécial d'assistant d'électro-radiologie (nouvelle formule). — Liste des membres du jury par ordre de tirage au sort : MM. les Drs Nadal, Thoyer-Rozat, Thibonneau, Ledoux-Lebard, Lomon, Coliez, Guénaux, électro-radiologistes ; Lévesque, médecin ; Cadenat, chirurgien.

Externat. — Composition du jury (10 décembre 1943). — MM. les Drs Mahoudeau, Turiaf, Rambert, Brouet, médecins ; Billet, Aboulker, Boudreaux, Cordier, chirurgiens ; Desvignes, ophtalmologiste.

SANATORIUMS PUBLICS. — M. le Dr Beneau, médecin adjoint au sanatorium de la Tuyolle, à Taverny (Seine-et-Oise), a été nommé médecin directeur du sanatorium Fenaille, à Séverac-le-Château (Aveyron).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR. — *Officier.* — M. le Dr Thibaudet, spécialiste d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital de Lorient.

Chevalier. — M. le Dr Le Pipe, chirurgien de l'hôpital de Lorient. — M. le Dr Rousselin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Creusot.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Commission d'étude pour la répartition et l'utilisation du sérum antidiphtérique. — ARTICLE PREMIER. — Il est constitué auprès du secrétaire d'État à la Santé et à la Famille une commission chargée d'étudier les moyens d'améliorer la répartition et l'utilisation du sérum antidiphtérique.

ART. 2. — Cette commission est composée ainsi qu'il suit :

Le directeur de la Santé, président ;

Le doyen de la Faculté de pharmacie de Paris ;

Le directeur de l'Institut Pasteur ;

Le directeur de l'Institut national d'hygiène ;

Un membre du Conseil national de l'Ordre des médecins ;

Un représentant du Comité d'organisation des produits pharmaceutiques.

Médecins consultants de vénéréologie. — Sont nommés médecins consultants de vénéréologie :

Région de Lille. — M. le professeur Bertin, assisté de M. le Dr Dumont.

Région de Laon. — M. le Dr Perin.

Région de Rouen. — M. le Dr Payenneville (1re circonscription) M. le Dr Hissard (2e circonscription).

Région de Rennes. — M. le Dr Massot.

Région d'Angers. — M. le professeur Y. Bureau.

Région de Poitiers. — M. le Dr Le Blaye, assisté de M. le Dr P. Torlais, pour la zone interdite.

Région de Bordeaux. — M. le professeur Joulia.

Région d'Orléans. — M. le Dr Limouzi.

Région de Nancy. — M. le professeur Watrin.

Région de Besançon. — M. le Dr Durand (1re circonscription) M. le Dr Laugier (2e circonscription).

Région de Paris. — 1re circonscription : M. le professeur Gougerot, assisté de M. le Dr Degos ; 2e circonscription : M. le Dr Vernier.

Région de Châlons-sur-Marne. — M. le Dr Vildé.

Région de Limoges. — M. le professeur Pautrier ; suppléant, M. le Dr Delort.

Région de Clermont-Ferrand. — M. le Dr Grivaud.

Région de Montpellier. — M. le professeur Margarot.

Région de Lyon. — M. le professeur Gaté.

Région de Marseille. — M. le professeur Vigne (1re circonscription) M. le Dr Girard (2e circonscription).

Région de Toulouse. — M. le Dr Bergès.

Région de Grenoble. — M. le Dr Juvin.

Centres régionaux anticancéreux. — M. le Dr Driessens, professeur agrégé d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lille, est nommé directeur du centre régional de lutte contre le cancer de Lille.

Ordre des médecins. Comité de coordination des collèges départementaux. — Le Comité de coordination des collèges départementaux de l'Ordre des médecins de la Région parisienne s'est réuni le 7 novembre 1943, à son siège social, 28, rue Serpente, à Paris.

Après avoir complété son bureau et désigné le Dr Drouet comme secrétaire général, l'assemblée a procédé à l'examen des nombreuses questions inscrites à l'ordre du jour.

Une partie importante de la séance fut employée à l'étude d'un document important adressé par le Conseil national aux présidents de tous les collèges départementaux. Ce document définit, en effet, la position que compte prendre le Conseil national en tant que représentant du Corps médical et expose la doctrine dont il entend s'inspirer pour mener son action (respect de la charte médicale, modification de la loi sur l'Ordre des médecins, etc...).

Après un ample débat sur ce grave sujet, une motion approuvant dans son ensemble les propositions du Conseil national a été votée à l'unanimité. Cette motion sera adressée au président du Conseil national et à la presse d'information médicale.

Après avoir décidé de reprendre la publication de ces circulaires d'information, le Comité de coordination examina longuement quels pourraient être ses rapports et ceux des Conseils des collèges départementaux avec le Conseil régional chargé par la nouvelle loi des inscriptions au tableau et de toutes les questions disciplinaires.

Le Comité de coordination fut ensuite tenu au courant des travaux de la Commission nationale chargée de la revision de la nomenclature.

Enfin furent examinés le problème du P. C. n° 1 en matière d'assurances sociales, qui tient à cœur à tant de médecins, et la question du réaménagement des tarifs en matière d'A. M. G.

Le Comité de coordination des collèges départementaux de la Région de Paris (ancienne Commission régionale), réuni le 7 novembre 1943, après avoir pris connaissance de « la doctrine dont le Conseil national entend s'inspirer pour mener son action »,

Remercie le Conseil national d'avoir demandé l'avis et les suggestions des collèges départementaux sur cette doctrine ;

Attire spécialement l'attention du Conseil national sur les points suivants :

1° Les menées actuelles contre les principes de la charte médicale doivent être écartées avec la plus grande fermeté ; si le conflit est inévitable, il doit être accepté. (Les représentants des cinq Conseils départementaux présents à la séance ont voté cette partie du vœu à l'unanimité.)

2° *Dispensaires.* — Le projet qui consiste à augmenter leurs charges fiscales ne vaut pas une transformation de leur activité.

Tous les dispensaires, de quelque nature qu'ils soient, même les dispensaires antituberculeux, ne doivent plus être des organismes de soins, mais doivent s'orienter vers la recherche unique des diagnostics.

Le Comité de coordination sait que le Ministère n'est pas hostile en principe à cette transformation.

3° *Consultations externes des hôpitaux.* — Elles ne doivent être ouvertes qu'aux indigents ; les autres malades ne peuvent y être admis que sur la seule demande de leur médecin traitant.

4° *Les Comités de coordination*, anciennes Commissions régionales, doivent devenir des organismes officiels.

5° La loi du 10 septembre 1942 mérite d'être amendée dans le sens désiré par le Conseil national.

Liste des stocks d'insuline d'urgence du Centre répartiteur de Paris. — Paris, Laboratoires Bruneau, 15, rue de Berri (8e).

Seine. — Bourg-la-Reine : Pharmacie Miscopein, 15, Grande-Rue ; Courbevoie : Pharmacie Dournel, 36, boulevard de Verdun ; Clamart : Pharmacie Jovignot, 26, rue de Paris ; Drancy : Pharmacie Bostviger, 45, rue Sadi-Carnot ; Maisons-Alfort : Pharmacie Everlange, 211, rue de Créteil ; Montreuil : Pharmacie Bizet, 32, rue R.-de-Lisle ; Neuilly-sur-Seine : Pharmacie Bonin, 153, avenue de Neuilly ; Pré-Saint-Gervais : Pharmacie Pierre, 39, rue Charles-Nodier ; Saint-Maur : Pharmacie Chaigneau, 4, square des Marronniers ; Saint-Ouen : Pharmacie Petitjean, 1, rue d'Alembert ; Villejuif : Pharmacie Lelegard, 68, avenue J.-Jaurès ; Vincennes : Pharmacie Delabre, 17, avenue de Paris.

Seine-et-Oise. — Versailles : Hôpital ; Corbeil : Hôpital ; Étampes ; Hôpital ; Mantes : Hôpital ; Pontoise : Hôpital ; Rambouillet : Hôpital.

Seine-et-Marne. — Melun : Hôpital ; Coulommiers : Hôpital ; Fontainebleau : Hôpital ; Meaux : Hôpital ; Provins : Hôpital.

Loiret. — Orléans : Hôpital. ; Gien : Hôpital ; Montargis : Hôpital ; Pithiviers : Hôpital.

Loir-et-Cher. — Blois : Hôpital ; Romorantin : Hôpital ; Vendôme : Hôpital ; Évreux : Hôpital ; Bernay : Hôpital ; Les Andelys : Hôpital ; Pont-Audemer : Hôpital.

Eure-et-Loir. — Chartres : Hôpital ; Châteaudun : Hôpital : Dreux : Hôpital ; Nogent-le-Rotrou : Hôpital.

Cher. — Bourges : Hôpital ; Saint-Saturnin : Hôpital.

Seine-Inférieure. — Rouen : Hôpital ; Dieppe : Hôpital ; Le Havre : Hôpital ; Neufchâtel : Hôpital ; Yvetot : Hôpital.

Calvados. — Caen : Hôpital ; Bayeux : Hôpital ; Lisieux : Hôpital.

Manche. — Saint-Lô : Hôpital ; Avranches : Hôpital ; Coutances : Hôpital.

Orne. — Alençon : Hôpital ; Argentan : Hôpital ; Bonfront : Hôpital ; Laigle : Hôpital.

Marne. — Châlons : Pharmacie Ploussard ; Épernay : Pharmacie Royer ; Reims : Pharmacie Charlier ; Sainte-Menehould : Pharmacie Baillon ; Vitry-le-François : Pharmacie Mutel.

Haute-Marne. — Chaumont : Pharmacie Jactel ; Doulevant-le-Château : Pharmacie Masse ; Langres : Pharmacie Andrieux ; Saint-Dizier : Pharmacie Thomas.

Aube. — Troyes : Pharmacie Croix ; Arcis-sur-Aube : Pharmacie Corgibet ; Bar-sur-Aube : Pharmacie Leroux ; Bar-sur-Seine : Pharmacie Rolandez ; Romilly-sur-Seine : Pharmacie Frotte.

COURS ET CONFÉRENCES

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Dr Jean Braine, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux scientifiques). — Leçons de médecine opératoire classique et pratique des amputations sur le vivant (ligatures, amputations, désarticulations), par le Dr Braine, assisté du Dr Huguier, prosecteur.

Ces leçons ont lieu à partir du lundi 6 décembre 1943, les lundis et vendredis, de 15 heures à 16 heures.

Programme :

I. — *Médecine opératoire classique.*

1. Ligatures (*membre supérieur*).
2. Ligatures (*membre inférieur*).
3. Ligatures (*cou, tronc*).
4. Amputations et désarticulations (*membre supérieur*).
5. Amputations et désarticulations (*membre inférieur*).
6. Amputations et désarticulations (*pied*).
7. Amputations (*jambe*) et désarticulations (*genou*).
8. Amputations (*cuisse*) et désarticulations (*hanche*).

II. — *Amputations dans la pratique.*

1. *Membre supérieur.*
2. *Membre inférieur.*

Ces leçons sont gratuites. Elles sont plus spécialement destinées aux internes des hôpitaux.

NOUVELLES DIVERSES

Commission provisoire d'organisation de la Famille professionnelle de la Santé. — Sont nommés membres de la Commission provisoire d'organisation de la Famille professionnelle de la Santé :

M. le Dr Jean Tarrius, médecin directeur de la Maison de santé d'Épinay, à Épinay-sur-Seine.

M. le Dr Piollet, chirurgien, directeur de la maison de santé de Clermont-Ferrand.

Mlle Violette Fleury, infirmière diplômée d'État à Paris.

Approvisionnement des cliniques privées à caractère charitable et des œuvres de bienfaisance privées. — Dans son numéro du 24 novembre 1943, Le *Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris* publie une information selon laquelle toutes les cliniques privées, les établissements sanitaires privés à caractère charitable et les œuvres de bienfaisance privées doivent présenter leurs demandes de gazes à pansements et de coton cardé au Service central d'approvisionnement des collectivités, 19, rue de Varenne, à Paris.

Il est précisé en outre que cette indication est valable non seulement pour les articles de pansement, *mais encore pour tous les produits donnant lieu à contingentement.*

Prix de l'Académie Duchenne de Boulogne. — Le prix annuel de 5 000 francs pour 1943, décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne à un travailleur indépendant dont l'œuvre ou la création ayant trait aux sciences médicales sera jugée la meilleure, sera attribué en janvier 1944.

Les mémoires inédits et non encore récompensés (dactylographiés en double exemplaire) devront être adressés au Secrétariat de l'Académie, 60, bd de Latour-Maubourg, avant le 31 décembre 1943.

Attribution supplémentaire de savon. — Les demandes des étudiants en médecine et en chirurgie, internes et externes compris, sont établies globalement par le recteur de l'Académie ou par le directeur de l'École dans laquelle ils font leurs études.

Les demandes individuelles, même appuyées d'une attestation de l'hôpital auquel les intéressés sont attachés, et les demandes présentées par l'hôpital lui-même ne seront pas acceptées.

La prochaine attribution de tickets de produits détersifs rationnés pour les soins d'hygiène corporelle des membres de certaines collectivités (asiles, établissements hospitaliers d'assistance et pénitentiaires, camps d'hébergement ou d'internement) sera effectuée par les soins du directeur départemental du Ravitaillement général, 3 *bis*, rue Mabillon, dans le cas où ces collectivités ne détiennent pas les cartes d'alimentation de leurs pensionnaires.

(Ext. *Bull. Mun. Ville de Paris*, 9 novembre 1943.)

REVUE DES LIVRES

Le traitement du myxœdème chez l'enfant, par le professeur Lereboullet, professeur honoraire à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. de 44 p. (*J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, Paris* 1943.)

Le myxœdème de l'enfant est communément cité comme l'exemple le plus net des conquêtes de l'opothérapie. Encore faut-il savoir mettre en œuvre la cure thyroïdienne, la poursuivre régulièrement en en surveillant les résultats, l'associer souvent à d'autres opothérapies, à d'autres actions thérapeutiques. Peu à peu se sont précisées les règles de ce traitement thyroïdien, particulièrement important chez l'enfant, puisque c'est d'un traitement précoce et suivi que dépendent les résultats. Ce n'est guère qu'en observant longtemps les enfants myxœdémateux qu'on peut mesurer l'importance des effets thérapeutiques et apprécier les conséquences d'un traitement insuffisant et mal dirigé.

Cet ouvrage, qui est une parfaite mise au point de la question, vient à son heure et sera lu avec intérêt et profit par tous les pédiatres et tous ceux qu'intéresse la pédiatrie.

R. D.

Mesure et médecine, par le Dr Arthur Vernes. Un volume 314 pages. (*Bibliothèque de Philosophie scientifique, Flammarion, éditeur, Paris,* 1943.)

Cet ouvrage pourrait être à sa place dans les annales de l'Institut prophylactique dirigé par le Dr Arthur Vernes. On ne peut qu'être désagréablement surpris en le voyant figurer dans la Bibliothèque de Philosophie scientifique, enrichie par tant d'excellents esprits. Le sujet aurait pu être magnifique : établir les domaines respectifs de l'esprit de finesse et de l'esprit de géométrie, montrer par les exemples les plus variés comment le sens clinique peut parfois suppléer au résultat chiffré, parfois en nier ou en rétablir la valeur, souvent y trouver un secours inestimable, telle nous aurait paru devoir être la matière de l'ouvrage. Au lieu de cela, nous n'y trouvons que la réédition des résultats personnels de l'auteur dans le domaine de la syphilis, de la tuberculose et du cancer. Ce n'est pas ici le lieu d'en souligner le caractère discutable, et les idées fausses qu'il peut introduire dans le public non spécialisé auquel est destinée cette collection, mais simplement de regretter le manque absolu des idées générales que le titre de l'ouvrage et la réputation de cette bibliothèque pouvaient nous laisser espérer.

A. Dognon.

VARIÉTÉS

LE MASSACRE DES LÉPREUX SOUS PHILIPPE V LE LONG

Par G. MILIAN.

Les croisades avaient amené en Europe, en France en particulier, une foule de lépreux qui, soldats ou seigneurs, avaient contracté cette maladie en Orient. Ils furent recueillis dans les léproseries, simples asiles, d'où ils allaient, précédés du bruit de leur cliquette, et désignés par un morceau de drap rouge sur la poitrine, quémander la charité publique. Il n'y avait pas moins de 20 000 léproseries en Europe, dont 2 000 pour la France (1).

Les malheureux excitaient peut-être la pitié, mais aussi, en ces temps de superstition populaire, la crainte en même temps que la haine, car on les soupçonnait de comploter contre les populations et même le roi !

Au commencement du XIIIe siècle, ils furent accusés d'une véritable conspiration contre tous ceux qui n'étaient pas lépreux, et en particulier contre le roi Philippe V le Long et sa cour.

Voici comment sous quels auspices, sous quels bruits et rumeurs cette conspiration aurait été ourdie :

Les « mesels » (lépreux) et les juifs, étroitement unis, avaient entrepris d'empoisonner les cours d'eau, les puits et les fontaines pour faire périr tous les chrétiens de France et d'Allemagne, pour « enherber (2) tout le monde ». Le roi musulman de Grenade, irrité des échecs subis par lui en Castille, et celui de Tunis voulaient se venger traîtreusement : ils offrirent aux juifs, excédés des sévices subis par eux de la part des Pastoureaux, des « richesses infinies » s'ils leur indiquaient un maléfice infaillible pour détruire la chrétienté. Les juifs répondirent qu'ils en connaissaient un, qu'eux-mêmes ne pouvaient se charger de le mettre à exécution à cause des soupçons qu'ils inspiraient (cf. *Révolte des Pastoureaux*), mais que les *lépreux*, vivant au milieu des chrétiens, seraient dans les meilleures conditions pour réussir.

En conséquence, les juifs s'étaient abouchés avec les chefs des lépreux et leur avaient donné l'effroyable recette qu'ils tenaient directement du diable. Il s'agissait d' « une poudre noire et fétide » dont les principaux ingrédients étaient : du sang humain, de l'urine, des herbes magiques, des cheveux de jeune fille, des têtes de couleuvres, des pieds de crapauds et des hosties transpercées ». Un paquet de cette composition jeté dans un puits suffisait à en corrompre l'eau au point de tuer quiconque en buvait.

Il était ajouté que tous les lépreux de la terre, « excepté ceux de deux léproseries anglaises », étaient entrés dans le complot et que leurs représentants, érigés en uue « sorte de syndicat », avaient tenu quatre assemblées générales pour fixer le plan infâme, avec l'aide du diable et des juifs. Ils répandraient parmi les chrétiens la mort et la lèpre, cesseraient d'être des objets de dégoût et d'horreur le jour où tous les chrétiens seraient comme eux. Alors ils prendraient leur revanche : ils se partageraient les richesses, les honneurs, les royaumes : l'un serait roi de France, l'autre comte de Valois... et la lèpre régnerait sur le monde.

Les Pastoureaux de cette époque étaient des fanatiques exploités par un prêtre interdit mêlés à des bandits qui ravagèrent la Saintonge, l'Aquitaine, le Languedoc. Ils massacrèrent cinq cents juifs dans le donjon de Verdun-sur-Garonne. Ils furent pour une grande part dans les événements qui aboutirent au massacre des lépreux ; il est vraisemblable qu'ils furent les propagandistes du complot.

Le roi, Philippe V le Long, tenait à Poitiers les États généraux quand il apprit, en avril 1321, qu'on avait brûlé un grand nombre de lépreux dans les villes d'Aquitaine, et c'est plus tard qu'il s'arrogea, aiusi qu'à ses officiers de justice, le droit de réprimer ce complot.

Le bruit du complot s'étant répandu très rapidement, la populace donne le signal du massacre. Elle se rue sur les léproseries (les lépreux y étaient concentrés en communautés, au nombre de plusieurs milliers (3), pour les mettre à feu et à sang. Souvent les lépreux sont mis à la torture pour leur tirer de force « leurs secrets ».

Les juifs qui vivaient aussi en communauté furent également massacrés. Les seigneurs, les officiers royaux, le roi lui-même *sacrifièrent les lépreux à l'opinion publique*, mais essayèrent de protéger les juifs (dont ils ont besoin pour les emprunts).

Le seigneur de Partenai, en Anjou, envoya au roi l'interrogatoire d'un « lépreux de grand renom », arrêté sur son territoire et exécuté. La torture lui avait fait avouer le « complot » : entente avec les juifs, fabrication de la poudre infernale, empoisonnement des sources, des puits, des fontaines, etc... *Le roi à ce moment mourait de peur* : la cour et lui ne buvaient que de l'eau de Seine, qu' « on allait quérir en tonniauds » ; l'eau de source était proscrite, de peur des philtres.

Philippe V prit alors trois ordonnances, désignant les « lépreux fétides » à la rigueur des justiciers royaux, non comme des malades à isoler, mais comme des révolutionnaires à détruire (21 juin 1321). La première est la plus importante : le roi y recommande à ses baillis et ses sénéchaux de sévir au plus vite et « d'empêcher qui que ce soit de s'arroger ce droit, qui n'appartient qu'aux officiers royaux ».

« Tous les lépreux, hommes, femmes et enfants de plus de quatorze ans, échappés jusque-là à la fureur populaire, seront saisis et jetés en prison ; on procédera au plus tôt à leur interrogatoire ; ceux qui, hommes et femmes, avoueront seront brûlés ; ceux qui refuseront d'avouer seront torturés, et, quand la « gêne » leur aura tiré leur secret, également brûlés.

» Les enfants de moins de quatorze ans seront enfermés pour la vie ;

» Les femmes enceintes seront mises en prison jusqu'à ce que leur enfant soit sevré ; après quoi, soumises à la torture et, en cas d'aveu, brûlées ;

» Les biens des lépreux resteront dans la main du roi et serviront à la nourriture des lépreux incarcérés et à l'entretien des gardes-malades. »

Cette ordonnance fut appliquée rigoureusement et « les *prisons royales* furent moins des refuges hospitaliers que des *lieux de tourment et de mort* (4) ». Ainsi, au château de Chinon, on brûla cent soixante lépreux le même jour. En Languedoc, dit *Le Nouvelliste de Paris*, on en brûla bien six cents en un jour. A Paris, par contre, « on exécuta seulement ceux qui furent trouvés le plus coupables », juifs et lépreux. Le roi profita de l'occasion pour frapper d'une amende de 150 000 livres tous les juifs de France, amende dont le paiement était garanti par la détention dans les prisons royales des plus riches de ceux-ci.

Beaucoup de seigneurs montrèrent la même férocité : à Esquerdes, en Artois, treize « ladres » furent torturés quatre jours durant et cinq d'entre eux moururent pendant les tourments. (Noter cependant qu'un pays échappa à ces atrocités : la Flandre, sans doute parce que, éloignée du foyer initial, l'Aquitaine, et aussi sans doute parce que le comte de Flandre ne modelait pas sa conduite sur celle du roi.)

Si le roi est impitoyable pour les lépreux, il est indulgent pour les seigneurs « qui débarrassent la surface de la terre d'une pourriture aussi infecte ». Ainsi, dans une lettre adressée le 8 août 1321 aux sénéchaux de Toulouse, de Beaucaire, de Périgord et de Carcassonne, « le roi marque que quelques seigneurs, vassaux de l'évêque d'Albi, voulant punir l'attentat des lépreux qui avaient conspiré sa mort et celle de tous les chrétiens en empoisonnant les puits et les fontaines, s'étaient saisis de tous les coupables qui s'étaient trouvés dans leur juridiction ; qu'ils en avaient fait mourir une partie et gardé les autres (*sic*) dans les prisons ; qu'ayant été décidé dans son conseil que la punition des lépreux comme criminels de lèse-majesté lui appartenait à lui seul il avait condamné le prélat et ces seigneurs à l'amende, et fait mettre sous sa main tous les lépreux qui restaient ; que plusieurs doutaient cependant si leur crime était de lèse-majesté, et qu'enfin *l'examen de cette question pouvant prolonger le châtiment des coupables il approuvait ce qui avait été fait*, à cause de l'*énormité du délit*, et qu'ainsi il remettait cette amende avec *permission de faire justice des lépreux* (5) ». Il est d'ailleurs approuvé hautement par tous (ainsi le continuateur de Nangis dit que « tous remercient Dieu d'avoir dévoilé le complot et approuvent les actes de foi »).

Fin de la persécution. Fin août 1321, le roi ordonna

(1) MAXIME PETIT, *Histoire de France*, chez Larousse, t. I, p. 130.

(2) Ceci veut dire « mettre en herbe » ; ne pas confondre avec un mot voisin.

La plupart des documents de cette petite histoire médico-sociale nous ont été fournis par M. JEAN MATHIEX, à qui nous adressons nos meilleurs remerciements.

(3) LAVISSE, *Histoire de France*, III, ch. IV, p. 221.

(4) LEHUGEUR, *Histoire de Philippe V le Long, roi de France*, 1316-1322, ch. X, § 3, p. 421.

(5) VIC et VAISSETTE, *Histoire générale du Languedoc*, VI, p. 73.

de remettre dans l'état antérieur les biens des lépreux. Quant à ceux-ci, ils avaient à peu près disparu dans le feu qui purifie tout.

Le nombre des victimes : il ne peut s'agir de millions, ni même de centaines de milliers. Lavisse parle de plusieurs milliers ; il serait certainement très exagéré d'évaluer à plus de 10 ou 15 000 le nombre des lépreux vivant en France avant la persécution. Les juifs étaient à cette époque très peu nombreux aussi. Un total de 15 000 victimes paraît donc un maximum, déjà en dessus de la vraisemblance.

Noter à cet égard que des ouvrages aussi érudits que les *Histoires* Halpnen et Sagnac, Clio, Giotz, Gachon ne disent pas un mot de ces massacres, ce qui permet de supposer qu'ils n'ont frappé des victimes qu'en nombre relativement restreint.

NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR NOBÉCOURT (1871-1943)

La mort du professeur Nobécourt, survenue le vendredi 19 novembre dernier, après quelques heures à peine de maladie, a profondément ému tous ses amis. Il a, pendant près d'un demi-siècle, été l'un des représentants les plus éminents de la pédiatrie française, accomplissant chaque jour sa tâche avec la même conscience, la même ponctualité, le même souci d'être utile à ses petits malades, d'initier ses élèves à la carrière médicale, d'atteindre par ses écrits l'ensemble du monde médical.

Son œuvre est très vaste, et ce n'est pas au lendemain de sa mort que peut être retracée tout entière la vie de ce grand laborieux. Né à Paris, le 28 décembre 1871, il avait fait de fortes études classiques aux lycées Saint-Louis et Henri-IV. Il se dirigea ensuite vers la médecine, dont il franchit rapidement les échelons. Externe en 1893, interne des hôpitaux en 1895 (après avoir fait une année de service militaire), il fut tour à tour l'élève de Bouchard, de Charrin, de Potain et de Pierre Teissier, de Vaquez, de Fernand Widal, enfin et surtout de Victor Hutinel ; il n'aborda ainsi la pédiatrie qu'après s'être complètement initié à la médecine générale. Il devint après l'internat, le chef de laboratoire, aux Enfants-Assistés, d'Hutinel, puis son assistant et, dès 1907, son agrégé, lorsque Hutinel fut nommé professeur de clinique aux Enfants-Malades. Un an après, il était médecin des hôpitaux et, sauf un court passage à la Maternité, en 1919, il ne quitta plus les Enfants-Malades.

S'il subit dès ses débuts la forte empreinte de Charles Bouchard, ayant comme lui le souci de la mesure en médecine et de la précision des examens cliniques et biologiques, c'est près d'Hutinel, dont il fut le disciple préféré, qu'il s'initia à la pédiatrie et qu'il contribua à former, avec lui et après lui, toute une légion de pédiatres, actuellement dispersés en France et à l'étranger. En 1921, il succéda à son maître à la chaire de Clinique médicale des enfants. Il devait l'occuper vingt ans.

Il est impossible d'énumérer tous ses travaux, qui portent sur toutes les branches de la pédiatrie et de la médecine générale. Depuis sa thèse sur la *Pathogénie des infections gastro-intestinales des jeunes enfants* (1899) jusqu'à ses dernières communications à l'Académie de médecine, peu de jours avant sa mort, il a beaucoup publié, enseignant par la plume autant que par la parole, aimant à associer l'observation clinique et les recherches de laboratoire, ne négligeant pas au surplus la médecine des adultes, qu'il eut à pratiquer lors de ses années de service aux armées de 1914 à 1919. Je ne puis que signaler les treize volumes où Nobécourt a groupé la majeure partie de ses *leçons cliniques*, les cinq volumes du *Traité de médecine des enfants* qu'il publia avec son ami si regretté Babonneix, son *Précis de médecine des enfants*, dont six éditions n'ont pas épuisé le succès, le livre si pratique et utile qu'il publia avec Marcel Maillet sur la *Thérapeutique du nourrisson en clientèle*, les volumes qu'il consacra, avec Schreiber, à l'*Hygiène sociale de l'enfance*, avec Babonneix aux *Enfants et jeunes gens anormaux*, avec Boulanger-Pilet à la *Thérapeutique hydro-climatique* en pédiatrie, ceux qu'il écrivit sur les *Cardiopathies de l'enfance*, sur les *Syndromes endocriniens dans l'enfance et dans la jeunesse*, etc... On ne peut au lendemain de sa mort, faire la synthèse des travaux poursuivis par Nobécourt. Ils intéressent toutes

les branches de la pédiatrie, et il est très peu de chapitres sur lesquels il n'ait pas apporté quelques notions nouvelles d'ordre biologique, clinique ou social.

Il aimait à faire œuvre médico-sociale, et il fut l'un des premiers à organiser, après Marfan (qui fut l'initiateur), un *Service médico-social* dans sa clinique. Il devait aussi y accueillir les élèves de l'*École d'assistantes d'hygiène scolaire*, dont il était le directeur. C'est dans le même but qu'il était devenu le président de l'*Œuvre nouvelle des crèches parisiennes* et qu'il avait succédé à Marfan comme président du *Comité national de l'Enfance*. Esprit familial, comprenant l'importance de la lutte contre la dénatalité, si mortelle dans notre pays, il est maintes fois intervenu pour insister sur les devoirs qui incombent au médecin dans cette lutte.

Mobilisé en 1914 comme médecin-major de 2e classe, il avait été nommé à la Ve armée comme chef du service des contagieux au centre hospitalier de Fismes. Tous ceux qui l'y ont vu à l'œuvre ont souvent évoqué son calme et son courage lors des mauvais jours. Médecin-major de 1re classe, puis médecin principal, il fut nommé en 1917 médecin consultant de la VIe armée et ne fut démobilisé qu'en 1919, après cinquante-cinq mois de service militaire, dont trente-sept au front. Croix de guerre, c'est à titre militaire qu'il fut successivement promu chevalier, puis officier, et, plus récemment, en 1936, commandeur de la Légion d'honneur. Dans une cérémonie simple et émouvante le médecin-général inspecteur Rouvillois lui en remit les insignes, et Nobécourt dit sa fierté d'avoir eu tous ses grades au titre militaire, la croix de chevalier lui ayant été conférée sur le front, en 1917, par le général Maistre.

Rappelons aussi que, maintes fois, le professeur Nobécourt a représenté la France à l'étranger, tant dans nos congrès internationaux de pédiatrie que lors de missions à l'étranger, notamment en Amérique du Sud, chez nos confrères du Brésil, de la République argentine, de l'Uruguay, où il comptait beaucoup d'anciens élèves et de fidèles amis.

Très simple dans sa vie quotidienne, tout à son activité médicale et à sa famille, Nobécourt a toute sa vie travaillé et apporté le même soin, la même méthode à toutes ses actions, ne se reposant que pour travailler à nouveau. S'il avait, selon la loi commune, vieilli dans ces dernières années, péniblement affecté par l'absence de son fils aîné, prisonnier dans un lointain Oflag, la retraite n'avait pas arrêté son activité. Il publiait souvent de courts articles, faisait à l'Académie de brèves et substantielles communications, dont certaines concernant la santé de nos rois, expliquant, à la lumière de nos connaissances actuelles, les maladies sur lesquelles bien des erreurs avaient été commises. Il revenait sur ses recherches préférées concernant la croissance et la nutrition de l'enfant. Il préparait de nouveaux ouvrages. C'est la plume à la main, dans sa propriété de Louveciennes, où il aimait se retirer au milieu des siens, que la mort est venue le saisir après une vie très utilement remplie. De tout cœur nous nous associons au deuil de sa famille (notamment de son gendre, le Dr Renaudeaux, et de son beau-frère, le professeur Villaret) et à celui de ses élèves et de ses amis.

P. LEREBOULLET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 novembre 1943.

Rapports. — M. FABRE, au nom de la Commission du rationnement pharmaceutique.

M. VILLARET, Les travaux concernant les eaux minérales pendant l'année 1942.

M. LESAGE, Le service de l'hygiène de l'enfance pendant l'année 1942.

La neurolymphomatose des gallinacés. Étude d'une épidémie dans un grand élevage. — MM. J. LHERMITTE, DE AJURIAGUERRA et SOUQUET exposent le développement d'une neurolymphomatose dans un élevage de l'Ile-de-France comprenant exclusivement des pondeuses Leghorns sélectionnées, et pourvu des installations les plus modernes. Les types de paralysie le plus fréquemment observés furent ceux de la paralysie du col, des pattes, des ailes et aussi une singulière forme hémiplégique. Outre les paralysies, les altérations oculaires se montrent significatives. Quant à la nature de la maladie, qui s'avère, du point de vue histologique, une infiltration de tout le système nerveux central, il semble qu'on doive la rattacher à une infection par virus, encore que les recherches effectuées n'aient pas permis de démontrer la réalité de la contagion non plus que les modifications probables du terrain de pacage.

Sur le rôle fonctionnel des globulines. — M. H. BIERRY, de Marseille, dans une note présentée par L. BINET, analyse la double fonction, énergétique et immunologique, qu'exercent les globulines.

Les glucidoprotéiques, par leur partie glucidique, entrent dans le cycle de la nutrition.

Les globulines interviennent puissamment dans le processus d'immunologie. L'auteur fait une étude serrée des anticorps et des antigènes. L'antigène, introduit dans le milieu intérieur, exerce une perturbation qui va provoquer les activités réactionnelles cellulaires et sanguines : des groupes actifs prennent naissance ; les globulines deviennent le support colloïdal de ces groupements et, tout en conservant leurs propriétés d'espèces, vont orienter leur spécificité dans une voie nouvelle.

Remise du buste du professeur Chantemesse. — Un très beau buste de Chantemesse vient d'être offert à l'Académie par son fils, M. Robert Chantemesse.

Ce buste, d'une très belle facture, est dû au grand talent d'un confrère, le Dr Paulin.

En le recevant au nom de l'Académie, M. le président Balthazard rappelle en quelques mots les travaux de Chantemesse et Widal sur la sérothérapie expérimentale de la fièvre typhoïde et leurs recherches en vue de la vaccination, et il adresse ses remerciements très vifs à M. Robert Chantemesse.

Influence sur la digestion de la surcharge cellulosique apportée par le pain actuel; action sur l'excrétion azotée fécale. — MM. JEAN TRÉMOLIÈRES et ERSMANN exposent les recherches faites dans le service de leur maître, M. FIESSINGER, et qui confirment les constatations faites par Carnot et Fiessinger.

Ils ont constaté qu'une ration journalière de 300 grammes amenait, sur une ration équivalente de pain bluté à 80 p. 100, une perte azotée moyenne de 0gr,71, donc bien supérieure au gain apporté par le blutage. Mais ce qui leur parut le plus important, c'est que cette augmentation ne se faisait que progressivement après un temps moyen de six jours, donc sans rapport avec la durée de traversée digestive.

Ils pensent donc que cette augmentation d'excrétion azotée n'est pas liée à un résidu directement alimentaire, comme le voudrait la notion classique des coefficients d'utilisation digestive, mais bien à un processus spécifiquement intestinal qu'ils se sont attachés à préciser par des travaux ultérieurs.

Élection d'un membre libre. — Classement de candidats : en première ligne, M. Joliot ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Armand-Delille, Herpin, Kling, Lassablière et Mme Randoin. Adjointe par l'Académie, Mme Phisalix.

Votants : 81 ; majorité absolue : 41. Ont obtenu : M. Joliot, 38 voix ; M. Armand-Delille, 34 voix ; M. Herpin, 1 voix ; M. Kling, 2 voix ; M. Lassablière, 1 voix ; Mme Randoin, 4 voix ; Mme Phisalix, 1 voix.

Au deuxième tour, M. Frédéric Joliot est élu par 44 voix contre 40 à M. Armand-Delille.

Il est inutile de rappeler que M. Frédéric Joliot est professeur au Collège de France, membre de l'Académie des sciences et prix Nobel.

Séance annuelle. — L'Académie tiendra sa séance annuelle le mardi 14 décembre, à 15 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 3 décembre 1943.

Lésions nucléaires du tronc cérébral dans un cas de paralysie diphtérique avec atteinte multiple des nerfs craniens. — MM. A. LEMIERRE, R. GARCIN et I. BERTRAND rapportent l'observation d'un malade qui, un mois après le début d'une rhinite diphtérique, constitua un tableau de paralysies multiples dissociées des nerfs craniens (IIIe, Ve et VIe paires du côté droit) en plus de l'atteinte du voile du palais et de troubles de la déglutition et d'une paralysie des deux récurrents. La généralisation aux membres s'accompagna d'une ataxie marquée par troubles de la sensibilité profonde. A l'autopsie, les coupes en série montrent des lésions nucléaires marquées du tronc cérébral, maxima au niveau des nerfs bulbaires et s'atténuant vers le haut. En outre, on note une véritable lyse des noyaux de Goll et de Burdach. Pas d'altérations pathologiques des groupes cellulaires de la moelle.

Les auteurs soulignent l'intérêt de pareilles lésions des noyaux des nerfs crâniens, rarement mises en évidence de façon aussi saisissante, dans les paralysies diphtériques, et pensent que l'atteinte des noyaux de Goll et de Burdach, origine du deuxième neurone sensitif pour la sensibilité profonde, joue un rôle important dans la genèse de l'incoordination par troubles de la sensibilité profonde, si particulière aux paralysies diphtériques des membres.

M. Delay estime que l'atteinte des noyaux de Goll et de Burdach rend compte de l'ataxie, mais aussi de l'astéréognosie.

Médiastinite syphilitique avec compression de la veine cave supérieure guérie par le traitement spécifique. — MM. R. Garcin, M. Kipfer, d'Œlsnitz et S. Godlewski présentent une malade chez qui une paralysie récurrentielle droite prélude à l'installation d'un syndrome médiastinal grave, d'évolution aiguë et rapidement préoccupante. Un traitement spécifique, malgré l'absence d'autres stigmates de syphilis, institué avant le résultat de réactions sérologiques qui se montrèrent toutes fortement positives, amena une amélioration rapide de la dyspnée, de la cyanose et de l'œdème en pèlerine. Peu de jours après apparut un épanchement pleural droit, à formule inflammatoire, qui guérit lentement et fut suivi d'une pleurésie gauche de même caractère. Actuellement la guérison clinique est remarquable. Ne persistent que des reliquats de la compression de la cave supérieure, avec circulation collatérale de type cave-cave et la paralysie récurrentielle. Les auteurs discutent l'étiologie des pleurésies qui ne paraissent pas être de nature tuberculeuse.

M. Halle a vu une compression de l'œsophage rapidement guérie par le traitement antisyphilitique. Un épanchement pleural guérit par le même traitement.

M. May souligne que les épanchements pleuraux liés à un processus syphilitique du thorax ont un liquide de formule inflammatoire.

M. Gougerot pense que l'on peut rencontrer des pleurésies mixtes à la fois syphilitiques et tuberculeuses.

Un cas de syndrome de Heerfordt. — MM. P. Harvier et Antonelli rapportent l'observation d'un sujet qui présenta des sarcoïdes ulcérées des membres inférieurs, dont les lésions histologiques étaient semblables à celles de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. Il existait en outre quelques lésions osseuses discrètes. Enfin une paralysie faciale et une parotidite ainsi que des troubles oculaires individualisaient un syndrome de Heerfordt. La cuti-réaction était fortement positive, contrairement à ce qui est habituellement observé dans les lésions de ce genre.

Maladie de Schaumann. Forme hypodermique de Darier-Roussy. — MM. H. Gougerot, A. Carteaud et B. Duperrat rapportent deux observations : l'une associant la forme dermique de lupus pernio, la forme nodulaire lupoïde et la forme hypodermique de Darier-Roussy ; la seconde n'ayant que des lésions hypodermiques de la sarcoïde de Darier-Roussy. Ces observations, comme l'a démontré Civatte, rattachent la sarcoïde sous-cutanée de Darier-Roussy à la maladie de Schaumann. De très nombreuses observations multiplient les formes de la maladie de Schaumann, et nous proposons depuis de longues années que l'ensemble de la maladie soit appelé maladie de Schaumann (car il est incontestable et incontesté que c'est Schaumann qui le premier a vu clair dans l'ensemble de la question et a fait la synthèse des différentes formes) et de donner à chaque forme le nom des auteurs qui l'ont décrite.

Réticulo-endothéliose lupoïde. Structure épithélioïde. — MM. H. Gougerot, B. Duperrat et J.-B. Bouvier rapportent l'observation d'une malade atteinte à un sein d'une papule étendue lupoïde typique depuis trois mois avec gros ganglions axillaires froids. Cuti- et intradermo-réactions tuberculiniques très faiblement positives. La lésion étant enlevée, pas de récidive locale, et le ganglion axillaire disparaît en un mois. On s'attendait donc à une structure tuberculoïde de lupus ou de maladie de Schaumann, or les coupes montrèrent une réticulo-endothé-

(Suite page V.)

liose en nappe dense à contours nets séparés par du collagène sain. Cette malade montre qu'une lésion lupoïde peut être due à une réticulo-endothéliose. Elle pose le difficile problème du classement et des formes de transition entre les multiples affections du groupe des réticulo-endothélioses.

Séance du 10 décembre 1943.

Sarcoïdes sous-cutanées de Darier-Roussy et maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — A propos du procès-verbal. — M. GOUGEROT, reprenant les conclusions de sa communication précédente, souligne la multiplicité des formes cliniques de la maladie de B.-B.-S., connues sous des noms différents, et propose de les réunir sous le nom de maladie de Schaumann, en conservant à chaque forme le nom de l'auteur qui l'a décrite.

Intoxication familiale collective par l'ingestion d'une huile contenant du tri-ortho-phosphate-crésyl. — MM. T. ALAJOUANINE, G. BOUDIN, CH. COURY et C. VILLEY présentent trois malades, le père et les deux filles, qui sont atteints d'une paralysie des sciatiques poplité interne et externe totale chez les deux filles, incomplète chez le père, avec abolition des réflexes achilléens, absence de troubles sensitifs objectifs, mais avec douleurs musculaires spontanées et provoquées. Ces paralysies se sont développées rapidement sans fièvre, avec un subictère chez une fille, un épisode diarrhéique chez le père, faisant suspecter une intoxication alimentaire, d'autant plus que la mère, absente alors, est restée seule indemne de la famille. Les recherches portant sur leur alimentation ont permis de démontrer qu'une huile, ingérée à plusieurs reprises en salade, contenait du tri-ortho-phosphate-crésyl. Les auteurs insistent sur les caractères topographiques cliniques et évolutifs de ce type de polynévrites, dues au tri-ortho-phosphate-crésyl, corps qui est également en cause dans les polynévrites par créosote de la *ginger beer* des U. S. A., de l'apiol, et dont les méfaits lors de son association à certaines huiles, déjà connus, méritent dans les temps actuels d'être soulignés.

M. FLANDIN rappelle que, dans la communication de Lechelle, le produit en cause ne contenait pas de tri-crésyl-phosphate.

M. GARCIN a observé des cas familiaux par ingestion d'huile.

M[me] BERTRAND-FONTAINE a observé cinq cas chez des ouvriers ayant présenté tout d'abord des troubles digestifs, puis des polynévrites au bout d'une quinzaine de jours, après ingestion d'une huile industrielle.

Leptospirose grippo-typhosa. — MM. J. CELICE, M[lle] ROGIER, M. CHADOUTAUD relatent une observation de leptospirose grippo-typhosa à forme méningée avec deux rechutes. Ils insistent sur la difficulté du diagnostic clinique avec la poliomyélite antérieure aiguë en période épidémique, sur la fréquence de cette infection, dont ils relatent brièvement d'autres cas (normaux, avec ictère, méningés) et sur la nécessité de connaître les régions où cette affection est actuellement rencontrée.

Un cas de schwannome gastrique. — MM. HILLEMAND, BERGERET, PORCHER et BUREAU, à propos d'un schwannome gastrique qu'ils viennent d'étudier, insistent sur des caractères propres à cette variété de tumeur, caractères qui doivent permettre d'en faire dans certains cas le diagnostic clinique.

Ces tumeurs présentent assez souvent, à leur surface, des pertuis, des ulcérations, qui répondent à une nécrose. Quand ces ulcérations ou ces orifices existent, ils sont visibles sur les clichés et à la gastroscopie. Quand l'examen radiologique montre au niveau d'une tumeur supposée bénigne, une image ulcéreuse, ou quand l'examen radiologique montre une tumeur supposée bénigne alors que la gastroscopie recèle un orifice diverticulaire, on peut affirmer le diagnostic de schwannome.

Hypertension artérielle maligne compliquée d'œdème méningo-encéphalique. — MM. DE GENNES et MAHOUDEAU rapportent l'histoire d'une jeune femme ayant présenté des céphalées intenses ainsi que des troubles visuels, à l'occasion d'une hypertension artérielle à 28. Une trépanation décompressive amena une sédation des troubles ; mais la malade mourut un an plus tard au cours d'un tableau d'hémorragie cérébrale. Les auteurs discutent la pathogénie de ces accidents.

M. J. LEREBOULLET rapporte deux cas analogues.

M. ALAJOUANINE estime que tous les cas ne sont pas améliorés par la décompression, mais uniquement ceux s'accompagnant d'hypertension et d'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien.

ROGER PLUVINAGE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 17 novembre 1943.

A propos des staphylococcies de la face. — M. KUSS rapporte une observation avec guérison par le rubiazol.

La chirurgie sous les tropiques; projet de conditionnement d'un groupe chirurgical. — M. LETAC. — Rapport de M. ROUX-BERGER.

Occlusion post-opératoire et entéro-anastomose. — M. COURRIADÈS. — Rapport de M. RAYMOND BERNARD.

Sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë par la résection diaphysaire. — M. RICHARD constate que, même faites dans de bonnes conditions, les résections étendues peuvent donner des pseudarthroses : la réparation s'effectue généralement facilement par greffe.

M. LEVEUF rappelle que sa conduite est : le retard de l'intervention sous le couvert d'une immobilisation plâtrée avec surveillance attentive. Il montre à quel point, contrairement aux données classiques, l'o se défend bien contre l'infection. Les manœuvres agressives favorisent sans doute la surinfection des foyers staphylococciques. La mise au repos, l'immobilisation plâtrée respectent, au contraire, les défenses naturelles de l'organisme.

M. FÈVRE pense que les cas sont trop variables pour formuler des règles strictes. On peut fonder quelques espoirs sur l'association iodo-sulfamidée dans l'ostéomyélite.

Le traitement chirurgical des symphyses du péricarde. — M. SANTY (de Lyon) rapporte sept observations de résection du péricarde pour symphyse, avec un ensemble de résultats satisfaisants. Chez l'enfant, le développement physique paraît être très influencé par l'intervention.

Présentation de radiographies. — M. BOPPE.

Séance du 24 novembre 1943.

A propos de l'ostéomyélite aiguë. — M. BAZY insiste sur le rôle de la surinfection apportée par toute intervention chirurgicale dans l'ostéomyélite.

A propos du traitement chirurgical des péricardites. — M. BRÉCHOT.

Une technique simplifiée de fermeture du moignon duodénal dans la gastrectomie. La ligature simple sans enfouissement après écrasement. — MM. FABRE et GASNÉ. — Rapport de M. WILMOTH.

Endométriome du mésosalpinx. — M. BAILLIS. — Rapport de M. REDON.

Le brochage intramédullaire des fractures de la clavicule. — M. HENRI GODART. — Rapport de M. LEVEUF. — MM. RUDLER, BROCQ, MERLE D'AUBIGNÉ, SICARD rapportent des succès avec une méthode analogue.

Absence congénitale de vagin. Résultats comparatifs de l'opération de Baldwin-Mori et des greffes cutanées. — MM. A. SICARD, GERMAIN et MARTHE LAMY, considérant la gravité opératoire des opérations type Baldwin-Mori, ont opéré 3 malades par le procédé des greffes cutanées pédiculées et en ont eu de bons résultats.

M. OMBRÉDANNE a utilisé le procédé des greffes cutanées avec de bons résultats chez des hermaphrodites. Mais il insiste sur l'instabilité des caractères psychiques tertiaires de ces sujets, qui doit peser dans les décisions chirurgicales.

M. BAUMGARTNER, qui a utilisé cinq fois l'opération de Baldwin-Mori, reste fidèle à cette technique.

Séance du 1er décembre 1943.

A propos de l'ostéosynthèse par broche dans les fractures de la clavicule. — M. MERLE D'AUBIGNÉ, M. RUDLER.

A propos des sarcomes de la langue post-radiothérapiques. — M. MÉTIVET.

Hypothermie post-opératoire. — M. BAILLIAT. — Rapport de M. JEAN GOSSET.

Une observation de choc grave traité par la rachianesthésie. — M. SUIRE (de Niort). — Rapport de M. JEAN GOSSET.

A propos du traitement des hernies crurales et inguinales étranglées avec gangrène de l'intestin. — M. MÉTIVET. — M. RUDLER rapporte un travail de M. Mario Lebel.

Sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë par la résection diaphysaire. — M. BOPPE.

Lymphosarcome de l'iléon. — M. QUERNEAU. — Rapport de M. MOCQUOT. — Dans cette observation, l'auteur fait remarquer le caractère douloureux et sténosant de cette tumeur, contrairement aux données classiques.

Hystérectomie vaginale avec résection préalable du col dans le traitement de certains cancers du col au début. — MM. BAILLIS et GRÉPINET. — M. MOCQUOT, rapporteur, rejette cette technique.

Étude de la cholédocoduodénostomie par l'observation radio-clinique. — M. SOUPAULT apporte sa statistique de 20 cas, avec 6 morts et 14 guérisons opératoires.

Sur 9 cas revus à distance, 6 bons résultats définitifs ont été observés. D'après de nombreuses radiographies, l'auteur montre que le reflux du contenu duodénal dans les voies biliaires ne se produit pas en position verticale. Il précise que l'incontinence des voies biliaires, l'écoulement continu de la bile n'ont pas d'inconvénients pratiques. Quant à l'angiocholite, elle ne paraît guère à craindre qu'après des opérations faites dans de mauvaises conditions.

M. D'ALLAINES, qui a opéré 4 cas, croit que la cholédocoduodénostomie est une opération dont les indications restent limitées aux cas où le cholédoque est vraiment imperméable.

M. BROCQ se demande dans quelle mesure la cholédocoduodénostomie a une supériorité incontestable sur le drainage externe des voies biliaires dans les calculs du cholédoque.

JACQUES MICHON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 novembre 1943 (Suite).

Étude cinétique de la réaction de Bordet-Wassermann. Étude des vitesses de réaction. Température et vitesse de réaction. — M. J. CHOUTEAU étudie les vitesses de réaction de la fixation du complément pour le sérodiagnostic de la syphilis. Il constate l'analogie des courbes de vitesse de fixation avec celles de vitesse de réaction chimique et calcule l'ordre de réaction $n = 3$ correspondant à une réaction trimoléculaire.

Il étudie ensuite l'action de la température sur ces vitesses de réaction et constate que la fixation et sa vitesse augmentent avec l'élévation de température suivant la loi expérimentale de Van't Hoff. D'autre part, il étudie des vitesses partielles (antigène + réagine syphilitique) (complexe antigène-réagine + alexine) et montre que la première réaction est instantanée et non influencée par les variations de température, alors que la vitesse de la deuxième réaction correspond à la vitesse de réaction globale.

De ces expériences, l'auteur conclut que la réaction de fixation du complément correspond à la succession de deux réactions. Une première réaction physique, microfloculation, c'est la réaction antigène + réagine syphilitique. L'autre, la fixation de l'alexine sur ce complexe, est de nature chimique, progressive, réversible et trimoléculaire.

Action spasmolytique du chlorhydrate de para-aminobenzoyl-diéthyl-amino-éthanol (novocaïne) sur le poumon isolé de cobaye. — M. RENÉ HAZARD et Mlle ELISABETH CORTEGGIANI. — Les spasmes provoqués sur le poumon isolé par l'acétylcholine, la pilocarpine ou l'histamine sont levés en général par la novocaïne. Cet ester agit donc essentiellement à la périphérie, sur les terminaisons nerveuses parasympathiques ou sur le tissu d'aboutissement, les muscles lisses du poumon.

Sur un type général de réaction cutanée distinct de la réaction histaminique. — M. J.-L. PARROT et J. LEFEBVRE montrent que l'érythème provoqué par une irradiation ultra-violette n'est pas modifié par l'action d'un antagoniste de l'histamine, le chlorhydrate de la N-diméthyl-amino-éthyl-N-benzylaniline (2339 RP).

La réaction actinique, par son apparition tardive et sa longue durée, par sa limitation franche, par la présence de vésicules et la pigmentation mélanique consécutive, serait le type d'une réaction élémentaire de la peau qui ne peut pas être assimilée à la triple réaction de Louis.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Jean Edert, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — Mme M. Fouchou-Lapeyrade, mère du Dr Fouchou-Lapeyrade. — Mme E. de Lens, veuve du chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, décédée à Meknès. — Le Dr Eugène Terrien, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine, officier de la Légion d'honneur. — Le Dr A. Chevallier (de Paris). — Le Dr François-Xavier Marcant (de Herzeele).

MARIAGES. — Le Dr Jean-Louis Frêne avec Mlle Y. Tricoche. — Le Dr Guy Faudot-Bel avec Mlle Jeannine Diot. — Mlle Paulette Balthazard, pharmacien, fille du professeur Balthazard, président de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, croix de guerre, avec le Dr André Dehouve, ancien externe des hôpitaux de Paris. Nos bien vives félicitations.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme J. Gohinet font part de la naissance de leur fille, Claudine. — Le Dr et Mme R. Vautrin font part de la naissance de leur fils, Daniel-Bernard. — Le Dr et Mme Daniel Colomb font part de la naissance de leur fils, Alain. — Le Dr et Mme J. Gandouet font part de la naissance de leur fils, Benoît. — Le Dr et Mme Didier Palangié font part de la naissance de leur fils, François. — Le Dr et Mme Fauvet font part de la naissance de leur fille, Anne-Dominique. — Le Dr et Mme A. Monsaingeon font part de la naissance de leur fils, Bruno. — Le Dr et Mme Pierre Couette font part de la naissance de leur fille, Marie-Édith. — Le Dr et Mme Havet-Cleenewerck font part de la naissance de leur fils, Daniel.

SANTÉ PUBLIQUE

Inspection de la Santé. — M. le Dr Pelissier, médecin inspecteur adjoint de la Santé des Hautes-Alpes, non installé, a été affecté, en la même qualité, dans le département du Gard.

M. le Dr Guiol, médecin inspecteur adjoint de la Santé du Var, a été affecté, en la même qualité, dans le département des Hautes-Alpes.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Élection à la chaire vacante de clinique obstétricale.* — M. Lantuéjoul a été proposé, par 22 voix contre 18 voix, à M. Vignes et un bulletin blanc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — *Vacances de chaires.* — Les chaires de médecine légale, de clinique chirurgicale infantile et orthopédie et de clinique des maladies des voies urinaires sont déclarées vacantes.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE NANCY. — Un concours sera ouvert à l'hôpital central de Nancy, dans les conditions prévues par l'article 114 du décret du 17 avril 1943 :

Le 2 mars, pour un poste de médecin des hôpitaux de Nancy ;

Le 4 mars, pour un poste de chirurgien des hôpitaux de Nancy.

Les candidats désirant prendre part au concours devront déposer à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, quinze jours au moins avant la date des épreuves, les pièces dont la liste est fixée par l'arrêté du 13 août (*Journal officiel* du 6 septembre 1943).

Des concours sur épreuves et sur titres auront lieu à l'hôpital central de Nancy, au cours de la première quinzaine de mars 1944, pour des postes d'assistants de médecine, chirurgie et spécialité (gynécologue, accoucheur, oto-rhino-laryngologiste, ophtalmologiste, électro-radiologiste, chef de laboratoire de biologie médicale).

Les candidats désirant prendre part à ces concours devront déposer à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, avant le 15 février 1944, les pièces dont la liste est fixée par l'arrêté du 13 août 1943 (*Journal officiel* du 6 septembre 1943).

La date du concours sera précisée ultérieurement.

HOPITAL-HOSPICE DE PONTARLIER (DOUBS). — Un concours sur titres pour un poste de médecin chef du service de la maternité de l'hôpital-hospice de Pontarlier aura lieu au cours de la deuxième quinzaine de février 1944. Les candidatures devront

être adressées à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 3, place Ernest-Renan, à Dijon.

L'inscription sera close le 31 janvier 1944.

SANATORIUMS PUBLICS. — Est rapporté l'arrêté nommant M. le Dr Benau médecin directeur du sanatorium Fenaille, à Sévérac-le-Château (Aveyron).

M. le Dr Corre, médecin directeur du sanatorium de Saint-Gobain, est nommé médecin directeur du sanatorium Fenaille.

M. le Dr Hamon, médecin adjoint au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet, a été affecté, en la même qualité, aux sanatoriums de la Seine, à Hauteville (Ain).

M. le Dr Chevalier a été nommé médecin adjoint au sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne).

Par arrêté en date du 30 novembre 1943, l'arrêté en date du 3 août 1942 affectant M. le Dr Depoire, précédemment médecin directeur du sanatorium de Bellegarde, à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne), en qualité de médecin directeur au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise), a été rapporté.

M. le Dr Depoire a été affecté, en qualité de médecin directeur, au sanatorium du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône).

Cette décision prendra effet dès que le sanatorium pourra être exploité, selon sa destination normale, par la collectivité gestionnaire.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Ordre des médecins. — *Conseil régional de Paris.* — Le Conseil régional de Paris, qui doit, d'après la loi du 10 septembre 1942, s'occuper des affaires disciplinaires et des inscriptions au tableau de l'Ordre des médecins, a commencé ses travaux.

Voici quelle est sa composition :

Présidents: Drs Humbel (Paris), Batier (Paris), Chappe (Paris), François (Versailles), Guyot (Paris), Jean Ravina (Paris), Sénéchal (Paris), Simon (Couilly-Pont-aux-Dames), Winter (Paris).

Section dentaire: M. Desombes, chirurgien-dentiste (Paris) ; Dr Derain (Versailles) ; M. Pelletier-Dutemple, chirurgien-dentiste (Paris) ; M. Poulet, chirurgien-dentiste (Versailles).

Conseiller juridique: M. le conseiller Rousselet (Paris).

Ministère public : M. le Dr Leclainche, directeur régional de la Santé (ou son représentant).

Ordre des médecins. — *Comité de coordination. Composition du Bureau pour la région parisienne.* — *Président:* Dr Larget (Seine-et-Oise) ; *vice-présidents:* Dr Tissier-Guy (Seine) ; Dr Wormant (Oise); *trésorier:* Dr Duvelleroy (Seine).

Le Dr Drouet a été désigné comme secrétaire général, et le Dr Coquin maintenu comme secrétaire administratif.

Par ailleurs, ont été spécialement chargés des questions : d'assurances sociales : le Dr Aumont ; d'hôpitaux : le Dr Tissier-Guy ; de dispensaires : le Dr Bidegaray ; de médecine du travail : le Dr Barthe; d'A. M. G. et article 19 : le Dr Sorin ; de maisons de santé : les Drs Bussard et Desgranges.

Ordre des médecins. — *Conseil départemental de la Seine.* — Liste des représentants du Conseil du collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins aux fonctions de délégués préconciliateurs et des membres de la Commission départementale de la taxation.

I. — ***Délégués à la fixation du forfait.***

Médecine. — 1° Direction : Dr Renaudeaux (Paris); 2° Direction: Dr Boelle (Paris) ; 3° Direction : Dr Theulet-Luzie (Paris) ; 4° Direction : Dr Cayla (Neuilly-sur-Seine) ; 5° Direction : Dr Camus (Les Lilas).

Spécialités. — Chirurgie : Dr Ménégaux (Paris) ; O.-R.-L. : Dr Winter (Paris) ; Ophtalmologie : Dr Mérigot de Treigny (Paris) ; Stomatologie : Dr Dauguet (Paris) ; Obstétrique : Dr Dévé (Paris); Neuro-psychiatrie : Dr Darquier (Paris) ; Dermato-vénéréologie Dr Lortat-Jacob (Paris) ; Électro-radiologie : Dr Bourguignon (Paris) ; Laboratoire : Dr Goiffon (Paris).

II. — ***Préconciliateurs.***

Médecine. — 1° Direction : Dr Tissier-Guy (Paris) ; 2° Direction : Dr Montagne (Paris) ; 3° Direction : Dr Deguy (Paris) ; 4° Direction : Dr Brunet (Saint-Denis); 5° Direction : Dr Pinel (Créteil).

Spécialités. — Chirurgie : Dr Planson (Paris); O.-R.-L. : Dr Bonnet-Roy (Paris) ; Ophtalmologie : Dr Liégard (Paris) ; Stomatologie : Dr Dechaume (Paris) ; Obstétrique : Dr Suzor (Paris) ; Neuropsychiatrie : Dr Barhé (Paris) ; Dermato-vénéréologie : Dr Rimé (Paris) ; Électro-radiologie : Dr Coliez (Paris); Laboratoire : Dr Durupt (Paris).

Membres de la Commission départementale des impôts directs. — *Titulaires:* Drs Bongrand (Paris), Herpin (Paris), G. Labey (Paris), Fanton d'Andon (Charenton).

Suppléants: Dr Biard (Paris), Grimbert (Paris), Baumgartner (Paris), Duvelleroy (La Plaine-Saint-Denis).

COURS ET CONFÉRENCES

Actualités thérapeutiques. — Des conférences sur les questions d'actualité thérapeutique, complétant le cours du professeur Ch. Aubertin, auront lieu en janvier et février, le mercredi, à 17 heures, au petit amphithéâtre.

5 *Janvier.* — La thérapeutique par les chocs, par M. le professeur Lhermitte.

12 *Janvier.* — La télérœntgenthérapie totale, par M. Cottenot, électro-radiologiste de l'hôpital Saint-Louis.

19 *Janvier.* — Les injections intraveineuses de novocaïne, par M. Ameuille, médecin de l'hôpital Cochin.

26 *Janvier.* — Le traitement actuel de l'épilepsie, par M. Pagiez, de l'Académie de médecine.

2 *Février.* — Le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle, par M. J. Meillère, chirurgien des hôpitaux.

9 *Février.* — Le traitement de la sciatique, par le Dr de Sèze, médecin des hôpitaux.

REVUE DES LIVRES

Laryngite chronique et laryngopathies, par M. Jean Tarneaud, laryngologiste de l'hôpital Bellan et du Conservatoire national de musique de Paris. 1 volume broché, format 16 × 25, 140 pages. (*Librairie Maloine.*)

Fort intéressant et clairement exposé, le livre de J. Tarneaud est écrit à l'intention du praticien et limité aux maladies du larynx dans lesquelles l'altération de l'organe et la perversion de la fonction vont de pair, maladies qui ne se comprennent, se traitent et se guérissent qu'en tenant compte des modifications de la voix. L'auteur groupe en ce court volume un grand nombre de faits cliniques et s'efforce d'y apprendre aux praticiens, en une langue simple et facile à comprendre, comment examiner un malade pour préciser la part des déficiences vocales dans l'analyse et le traitement de ses troubles vocaux.

C'est un livre vécu au jour le jour et dans lequel J. Tarneaud expose fort bien ce que doit être l'étude d'une laryngite dite chronique, quelle est la valeur de l'enrouement en clinique, ce qu'il faut entendre par *laryngite catarrhale chronique*, quel doit être le traitement et quelle place primordiale il faut accorder au repos vocal, à condition de le faire suivre méthodiquement de la récupération vocale.

M. J. Tarneaud étudie aussi avec beaucoup de sagacité les *laryngopathies purement fonctionnelles*, les dysphonies de l'enfance, les troubles de la mue, et apporte, à l'appui de sa description, des faits personnels très significatifs. L'exposé des nodules et des polypes de la corde vocale n'est pas moins riche en données utiles à répandre.

Les monocordites, les anomalies laryngées, le larynx sénile, les arthropathies laryngées chroniques sont également décrites dans cet ouvrage écrit par un technicien particulièrement compétent, sous une forme accessible à tous. On ne peut que souhaiter que les conseils ainsi donnés soient connus et suivis.

P. Lereboullet.

Diagnostics difficiles (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*), par le professeur Noël Fiessinger. 1 vol. in-8° de 436 pages.

Poursuivant la publication de ses belles leçons cliniques, le professeur Fiessinger a groupé dans ce volume, après une première étude très vivante et pleine d'utiles conseils sur les étapes du diagnostic, des leçons sur des cas complexes dont le diagnostic était rendu difficile soit par pauvreté symptomatique, soit inversement par complexité symptomatique, soit encore par symptomatologie d'emprunts par rareté clinique, etc. Il expose ainsi une série de faits pleins d'intérêt dont beaucoup concernant le tube digestif, le foie, la rate, particulièrement familiers à l'auteur ; on ne peut énumérer ici toutes ces leçons. Celles sur les cirrhoses pigmentaires, sur les splénomégalies cirrhogènes, sur l'anémie hémolytique splénomégalique, sur les pancréatites chroniques diabétogènes, sur les cirrhoses d'accompagnement, sur le cancer du corps du pancréas, le cancer du foie, la maladie polykystique du foie sont particulièrement significatives. Mentionnons spécialement la leçon sur la cachexie restrictive, « c'est-à-dire cachexie qui restreint », laquelle « est en réalité une cachexie causée par les restrictions et engendrant secondairement les restrictions », celle sur les faux ictères par carotinémie ; elles sont fort actuelles, mais je ne puis tout citer.

Ces leçons font apprécier la manière dont le professeur Fiessinger conçoit son enseignement ; il estime que ses leçons, distinctes de l'enseignement propédeutique élémentaire, assuré en grande partie par ses chefs de clinique, doivent garder leur tenue et leur complexité. Celles qui sont groupées dans ce volume ont toutes un puissant intérêt et, comme celles publiées dans les volumes antérieurs (notamment dans celui intitulé *Syndromes et maladies*), témoignent de la haute valeur de l'enseignement dispensé avec ardeur et méthode par le successeur, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, de Trousseau, de Dieulafoy, de Gilbert, de Paul Carnot ; il a su d'emblée être leur parfait continuateur, apportant, avec toute son expérience clinique et biologique, sa foi et son enthousiasme.

P. Lereboullet.